Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Natalia Marcela Lafont Sandoval								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1019147759			
CORREO ELECTRONICO:	lafont.natalia30@gmail.com				CELULAR:	3057094409			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) USS MENTAL FLORALIA				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE12J10	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	19118889706						PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	793			VIGENCIA		2026		
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	11448	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTAS							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2026-02-01		2026-02-28			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$3,940,947				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15,806,280
VALOR EJECUTADO	$3,940,947
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,940,947
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$11,865,333
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
36136087	$1,534,574	$191,822	$245,532	3	$37,382	$474,736

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente	Se planean actividades a diario con pacientes hospitalizados con objetivos según patologías presentes	Se invita a los pacientes a participar en las actividades
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Conocer las patologías y ver las características del paciente	Proponer actividades llamativas en diferentes espacios de la unidad para favorecer habilidades específicas
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Ser objetivo con el plan de tratamiento y manejar con sensibilidad los diagnósticos	No comentar en espacios que no correspondan sobre datos en hc.
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	No se realizaron revistas ni análisis de caso dentro de la unidad	No se realizaron revistas ni análisis de caso dentro de la unidad
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Estar dispuesta si un familiar desea conversar del proceso del paciente Informar al paciente de lo que se está realizando	Realizar recomendaciones de actividades para realizar durante las visitas o fuera de la unidad Mencionar si se cumplió el objetivo de la actividad y resaltar las actitudes del paciente dentro de la misma
Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Realizar estadísticas mensuales de hospitalización	Diligenciar día a día la asistencia a las actividades y evolucionar
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	No aplica este mes	No aplica este mes
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Estar atento a cualquier enfermedad	Informar en caso de sospecha o confirmación de la enfermedad o evento
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Participar en reuniones comunitarias Verificar la forma de atención	Escuchar de manera activa y plantear mejoras Pensar en oportunidades de mejora
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	Evidenciar cómo se encuentran los pacientes	Informar a personas del equipo lo que sucede y posibilidades de mejora
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligenciar asistencia Evolucionar pacientes Presentar estadística mensual	Tener listado de asistencia diaria a las actividades Tener en cuanta el listado de asistencia para evolucionar y saber cantidad de sesiones Contabilizar sesiones por edad, género y tipo de iintervención
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	Planear actividades con un ibjetivo claro	Intervenciones grupales con hospitalización
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Estar dispuesta si un familiar desea conversar del proceso del paciente Estar atento a los cambios en el paciente	Brindar recomendaciones en pro del paciente Mencionarle al paciente cómo está realizando las actividades y su evolución
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Conocer protocolos	Proponer mejoras
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Verificar el estado de los equipos	Informar que se encuentran en mal estado
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Asistencia diaria Estadística mensual	Listado de asistencia diaria por actividad Formato diligenciado de acuerdo a la asistencia diaria
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Actualización en la información	Cursos y charlas para actualizar mi conocimiento
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	No aplica	No aplica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente	Innovar en busca de aumentar la calidad en la atención	Presentar variedad en actividades para mayor adherencia
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Diligenciar la estadística mensual	Formato de estadística mensual diligenciado y enviado
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Realizar inventario y verificación de implementos entregados	Notificar si hay alguna novedad
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participar en capacitaciones	Solicitar implementos mencionados para mis labores
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Acatar los protocolos y formas de proceder	Plantear actividades dentro de horarios establecidos que apoyen dihcos procedimientos
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Realizar pago oportuno de seguridad social	Adjuntar soporte de pago de planilla

Copia certificada
Subred Sur Occidente

Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	No se ha mencionado ninguna durante el mes	No se ha mencionado ninguna durante el mes

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NATALIA MARCELA LAFONT SANDOVAL

C.C. 1019147759 DE BOGOTÁ

La suma de $3.940.947 por concepto de: prestación de servicios de salud como terapeuta ocupacional en Hospital de Salud Mental Floralia, durante el periodo: 01 al 28 de febrero del 2026 dando conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios en salud No. 793-2026

Natalia Lafont S.

Natalia Marcela Lafont Sandoval
CC 1019147759 DE BOGOTÁ

CUENTA AHORROS BANCOLOMBIA

No. 19118889706

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	NATALIA MARCELA LAFONT SANDOVAL
IDENTIFICACIÓN:	CC-1019147759
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-02-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-02-25
FECHA DE PAGO:	2026-02-25
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	36136087
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36136087
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 1.700	$ 218.900	$ 220.600
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 280.200	$ 282.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 400	$ 42.700	$ 43.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 4.300	$ 541.800	$ 546.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/03/2026