

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.SE.
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAULA ALEJANDRA NOPE
C.C 1013684780

La suma de **3,741,576** para concepto de: prestación de servicios como **FISIOTERAPEUTA** durante el periodo de **01 Al 31 DE MAYO De 2026** con una intensidad de 100% CAPS Villa Javier, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios, **N° 1345-2026**.

Paula nope

PAULA ALEJANDRA NOPE RODRIGUEZ
C.C 1013684780
CUENTA DE AHORROS: Banco Caja Social
NUMERO 24075302720

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1013684780 | PAULA ALEJANDRA NOPE RODRIGUEZ | | CRA 78N bis sur #53 - 19 | 3203374101 | paulanope@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 89417298 | 09/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | \$1,750,905 | \$576.900 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 42.700 | | | | 42.700 | 0 | 0 | 42.700 | | | 427 | 42.700 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 35.100 | 0 | 0 | 35.100 | 1 | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.700 |
| CCF | 1 | 35.100 | 35.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 576.900 | 576.900 |

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 2/15/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|------------------------|---|-----|-----------------|------------|----|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | Paula Alejandra Nope Roddriguez | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | No. | 1013684780 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | paulanope@gmail.com | | | CELULAR: | 3203374102 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN USS VILLA JAVIER | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA35M06 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 24075302720 | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|--------------------|------|-------|----------------------------|---------------|-------|-------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | | 1345 | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1079 | FECHA | 2026-05-11 14:52:58.000 | NÚMERO DE CRP | 19018 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |

OBJETO DEL CONTRATO:

| | | | | |
|----------------------|-------|---------------|-------|-------------|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
| | | 2026-05-01 | | 2026-05-31 |

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$3,741,576

| | | | |
|-------------------|-------------|---------------------|-----|
| 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: | \$20,136,116 |
| VALOR EJECUTADO | \$11,868,440 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$3,741,576 |
| VALOR A LIBERAR | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | \$8,267,676 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 59% |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 81202028 | \$1,182,821 | \$147,853 | \$189,251 | 3 | \$28,814 | \$365,917 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|--|---|---|
| Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos. | Se realiza valoración e intervención física a cada paciente que viene por primera vez para tratar patología osteomuscular o neurológica | Se realiza valoraciones de primera vez a pacientes de terapia física con el fin de evaluar y diagnosticar de acuerdo a la patología de cada paciente, se realiza cada media hora la atención. Se adjunta agenda de primeras veces |
| Detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, con el fin de brindar una atención oportuna tendiente a evitar secuelas o instauración de discapacidades. | Se realiza valoraciones de primera vez a pacientes de terapia física con el fin de evaluar y diagnosticar de acuerdo a la patología de cada paciente, se realiza cada media hora la atención. Se adjunta agenda de primeras veces | Se brinda atención adecuada de intervención fisioterapéutica de acuerdo a la cantidad de pacientes del mes de MAYO del 1 al 31 con un total de 98 pacientes atendidos. Se adjunta base de pacientes vistos durante el mes |
| Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999. | Diligenciar historia clínica correspondiente con cada paciente valoración osteomuscular o neuromuscular y evolución diaria | Se realiza correcto diligenciamiento de historias clínicas de forma oportuna y completa en el sistema de Dinámica Web cumpliendo con la resolución 1995 de 1999. Se anexa Base de total de consultas realizadas. |
| Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área. | Se realiza diligenciamiento de los informes de gestión mensual | Se realiza reporte de autocontrol de acuerdo a las atenciones prestadas durante el mes. Se anexa base de autocontrol por cumplimiento |
| Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan. | Se brinda indicaciones a cada uno de los pacientes de como seguir con su tratamiento a que servicio acudir | No se realiza referencia y contrarreferencia en el mes presente. |
| Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución. | se cumple con los procedimientos y manuales establecidos en caso de auditoría anexar el porcentaje de cumplimiento Producto anexar auditoría y cumplimiento en caso que no exista auditoría socializada el presente mes | se cumple con los procedimientos y manuales establecidos en caso de auditoría anexar el porcentaje de cumplimiento Producto anexar auditoría y cumplimiento en caso que no exista auditoría socializada el presente mes |
| Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos | Evaluo diagnóstico y aplico el tratamiento según la necesidad del paciente | Se Realiza oportunamente el correcto diligenciamiento de historia clínica y de la base de entrega de consentimientos informados. Se anexa documento relacionado |
| Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato. | Realizo participación en las actividades que me sean designadas por el supervisor | Acta de la participación realizada en los cursos de maternidad o taller grupal de crónicos, este mes no realizo cursos |
| Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día | Mantengo al día la información que me es solicitada de acuerdo a las normas de la institución | Registro de historia clínica dinámica |
| Demás actividades concernientes con de acuerdo a su perfil. | Se realiza cada una de las actividades de acuerdo a mi perfil como Fisioterapeuta | Acta de reunión de EAC |
| Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quitate la Bata" en el contexto de seguimiento del paciente. | Realizo el buen uso de la bata carnet institucional | Utilizo la bata durante la Consulta y mantengo el carnet institucional mientras preste el servicio en la consulta |
| Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. | Realizo el correcto diligenciamiento de la historia clínica y consentimientos | Cuando se cuenta con visita de auditoría anexar acta de lo realizado en la visita, durante el mes que se presente |
| Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre. | Colaboro con los servicios que me son designado | Registro de historia clínica dinámica |
| En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato. | Informo de manera oportuna a mi supervisor en caso de alguna eventualidad | Informar de manera inmediata si se presenta alguna eventualidad para el cumplimiento de la agenda |
| participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado | Participo activamente en las capacitaciones que me sean designadas | En el mes que se presente la capacitación anexar acta de la Reunión |

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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



**Banco
Caja Social**
Su banco amigo.



¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 08 junio 2026 09:48 p.m.

Cuenta origen: Cuentamiga *****2720

Comercio: COMPENSAR-OI

Nit del comercio: 9998600669427

Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 89417298

Referencia 1: 186.85.240.25

Referencia 2: CC

Referencia 3: 1013684780

Código de la transacción (CUS): 375023672

Fecha de la solicitud: 08 junio 2026

Ciclo de la transacción: 1

Valor: \$ 576.900,00

Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del impuesto: \$ 0,00

Dirección IP: 186.85.240.25