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:	ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1031155100	
CORREO ELECTRONICO:	roxmirandaf@gmail.com				CELULAR:	3232295559	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37M06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488453133354				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1397			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	19432	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:	$22,449,456
VALOR EJECUTADO	$14,966,304
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,741,576
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,483,152
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
8376573588	$1,496,630	$187,079	$239,461	3	$36,458	$462,998

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, organo funcionales o geneticos.	Se evalua, diagnostica y brinda tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, organo funcionales o geneticos	Se entregan consentimientos informados, valoraciones y evoluciones de control.
Detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes suceptibles de atencion en rehabilitacion, con el fin de brindar una atencion oportuna tendiente a evitar secuelas o instauracion de discapacidades	Se detecta de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes suceptibles de atencion en rehabilitacion, con el fin de brindar una atencion oportuna tendiente a evitar secuelas o instauracion de discapacidades	Se entrega informe sobre las alteraciones suceptibles en rehabilitacion.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999	Se diligencia de manera completa, legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999	Entrega y diligenciamiento de historias clinicas.
Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área	Se realiza informe de gestión mensual y se hace entrega oportuna de los mismos a la respectiva área	Entrega de informes.
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 realiza 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	Entrega informe de referencia y contrareferencia.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	Cumplimiento de las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	Entrega informe de normas establecidas.
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, organo funcionales o genéticos	Se evalua, diagnostica y brindan tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, organo funcionales o genéticos	Se entregan consentimientos informados, valoraciones y evoluciones de control.
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	Realizar todas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	Entregar informes al supervisor.
Alimentar constantemente todos los sistemas deinformación que estan de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día	Alimentar constantemente todos los sistemas deinformación que estan de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día	Actas de actualizacion de sistemas de informacion
Demas actividades concernientes con de acuerdo a su perfil	Demas actividades concernientes con de acuerdo a su perfil	Entrega de actas e informes.
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quitate la Bata" en el contexto de seguirada del paciente	Realizar el uso adecuado de la bata y el carnet institucional	Control del uso adecuado de la bata y el carnet.
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	Cargar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc	Constancia de afiliacion y pago al sistema de seguridad social en Colombia.
Colaborar conla unidad de servicios de salud donde se encuentre	Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre	Entrega de actas de acompañamientos y/o actividades.
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato	Informar al supervisor en caso de fuerza mayor que impida asistir a cumplir las obligaciones	Constancia de informe al supervisor.
Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	Se participo activamente en las capacitaciones a las que se asignaron en el mes	Certificado de asistencia y realizacion de capacitaciones.

Copia Controlada
Subred Suroccidente

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ

C.C 1.031.155.100 DE BOGOTA

La suma de $3.741.576 M/CTE, por concepto de: Prestar servicios asistenciales como Fisioterapeuta durante el periodo de 1 al 31 de MAYO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1397 -2026

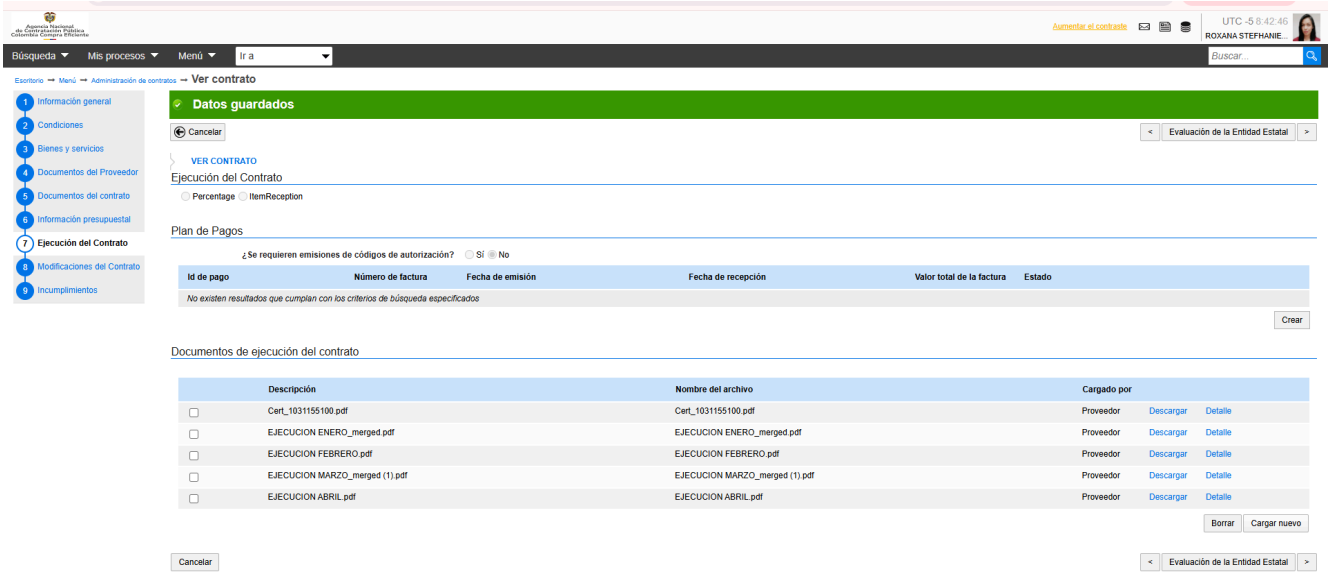


ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ

C.C.1.031.155.100 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550488453133354


Aumentar el contraste
UTC -5 8:42:46
ROXANA STEFHANIE...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Percentage ItemReception
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Cert_1031155100.pdf
Cert_1031155100.pdf
Proveedor Descargar Detalle
EJECUCION ENERO_merged.pdf
EJECUCION ENERO_merged.pdf
Proveedor Descargar Detalle
EJECUCION FEBRERO.pdf
EJECUCION FEBRERO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
EJECUCION MARZO_merged (1).pdf
EJECUCION MARZO_merged (1).pdf
Proveedor Descargar Detalle
EJECUCION ABRIL.pdf
EJECUCION ABRIL.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ
No. Identificación: CC1031155100
Dirección: TRANSVERSAL 13 BIS N 46-42 SUR
Telefono: 7607921
Correo: roxmirandaf@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8376573588

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ
Tipo y número de identificación	CC1031155100
Número de planilla	8376573588
Fecha pago	2026-04-27
Número de autorización pago	93001124
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2026
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	541800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	280200	1
EPS008	Compensar EPS	218900	1

8376573588

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1031155100
APELLIDOS Y NOMBRES: ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información