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:	ANGY KATHERINE PRIETO VILLAZAIN						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030551981	
CORREO ELECTRONICO:	anfisio2017@gmail.com				CELULAR:	3173604454	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08M06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24130414397				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1230			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17783	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01		2026-06-30		
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	$18,707,880
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,741,576
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,741,576
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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
9505650987	$1,496,630	$187,079	$239,461	3	$36,458	$462,998

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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
1.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 Evalúa, diagnostica y se brinda tratamiento de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, órgano funcionales o geneticos.	Registro en historia clínica
2.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 Detecta 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.	Registro en historia clínica
3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999.	Se Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999.	Registro en historia clínica
4. Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área.	Se Realizar informe de gestión mensual	Indicadores de producción por medio de consultas y registros en Historia clínica
5. 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 referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento según necesidad del usuario	Registro en historia clínica , se realiza un suseso de seguridad numero 93052
6. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.	Se Cumple con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.	Registro en historia clínica, firmas de actas de asistencia a reuniones
7. 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.	Evalúa, diagnostica y se brinda tratamiento de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, órgano funcionales o geneticos.	Registro en historia clínica
8.Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	Asistencia a la Reunión de programada mensual con la coordinación de Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Actas y asistencia. Asignacion de citas en drive para controles
9. Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día.	Se Alimenta constantemente todos los sistemas deinformación que están de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día.	Registro en historia clínica
10.Demas actividades concernientes con de acuerdo a su perfil.	Asistencia a la Reunión de programada mensual con la coordinación de Apoyo Diagnostico y Terapéutico, Rendimiento del mes de mayo 2.8	Actas y asistencia., se realiza extrategia de atender paciente extra para cumplir rendimiento
11. Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quítate la Bata" en el contexto de seguirá da del paciente.	Se siguen las normas y protocolos adecuada mente para evitar contagios tanto para el personal médico como de los pacientes	Uso adecuado de bata y carne
12. 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.	Este mes no se presento	No aplica
13. Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre.	Se Colabora con la unidad de servicios en el area de terapias	Se asiste a actividades y reuniones de la institución
14. En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato.	Se informará en caso de no poder asistir a cumplir con las actividades programadas	Se informa al líder de la sede
15.participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	Participare en las capacitaciones	Se participa en las reuniones programadas asegurate del mes Limpieza y desinfección

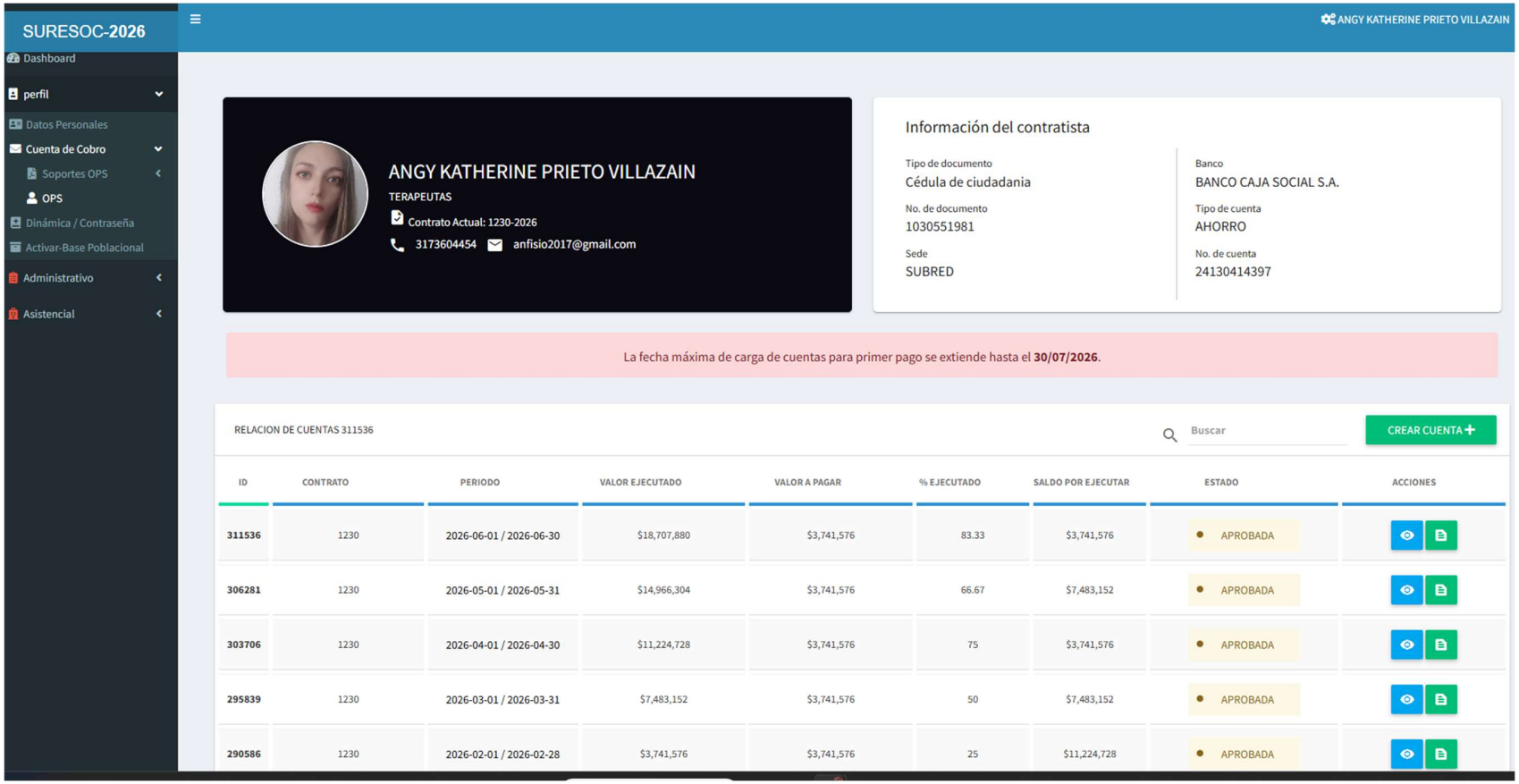
Copia Certificada Subred Sur Occidente

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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


SURESOC-2026
ANGY KATHERINE PRIETO VILLAZAIN
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
Soportes OPS
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
ANGY KATHERINE PRIETO VILLAZAIN
TERAPEUTAS
Contrato Actual: 1230-2026
3173604454
anfisio2017@gmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
1030551981
Sede
SUBRED
Banco
BANCO CAJA SOCIAL S.A.
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
24130414397
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 30/07/2026.
RELACION DE CUENTAS 311536
Buscar
CREAR CUENTA +
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
311536 1230 2026-06-01 / 2026-06-30 $18,707,880 $3,741,576 83.33 $3,741,576 APROBADA
306281 1230 2026-05-01 / 2026-05-31 $14,966,304 $3,741,576 66.67 $7,483,152 APROBADA
303706 1230 2026-04-01 / 2026-04-30 $11,224,728 $3,741,576 75 $3,741,576 APROBADA
295839 1230 2026-03-01 / 2026-03-31 $7,483,152 $3,741,576 50 $7,483,152 APROBADA
290586 1230 2026-02-01 / 2026-02-28 $3,741,576 $3,741,576 25 $11,224,728 APROBADA

DOCUMENTOEQUIVALENTE FACTURA

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

NIT:900.959.048-4

DEBEA:

ANGY KATHERINE RIETO CILLAIZAN

C.C 1.030.551.981 DE BOGOTA

La suma de $ 3.741.576 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Rehabilitación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento instidurante el periodo de 1 al 30 de junio de 2026 por 186 horas de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1230-2026



ANGY KATHERINE RIETO CILLAIZAN

C.C.1.030.551.981 DEBOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24130414397

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030551981		PRIETO VILLAIZAN ANGY KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 56 No.77H-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	05650987	9505650987	I	2026/06/19	2026/06/09	BANCO AV VILLAS	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1030551981	PRIETO ANGY	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030551981		PRIETO VILLAIZAN ANGY KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 56 No.77H-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	05650987	9505650987	I	2026/06/19	2026/06/09	BANCO AV VILLAS	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800