

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                   |                           |                                                         |                        | Versión             | 3             |                         |  <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div> |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                        | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |                         |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                        | Código:             | 04-02-FO-0002 |                         |                                                                                                                              |    |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO                             |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                     | X                      | C.E                 | No.           |                         | 1016034022                                                                                                                   |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | ibisbarrera@gmail.com                                   |                        |                     | CELULAR:      |                         | 3012382110                                                                                                                   |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                         |                        |                     | SUBRED        |                         |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | PIC VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                        |                     | SEDE:         |                         | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32           | 100                       |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.    |                                                         |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO                  |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 24072753381                                             |                        |                     |               | PENSIONADO              |                                                                                                                              | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4807                      |                                                         |                        | VIGENCIA            |               | 2023                    |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 289               | FECHA                     | 2024-01-17 10:55:11.000                                 | NÚMERO DE CRP          | 10741               | FECHA         | 2024-01-17 11:59:00.000 |                                                                                                                              |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                                   | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL             |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         | 2024-01-01             |                     |               | 2024-01-31              |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                         | \$4,613,087            |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                       |                                                         | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                         |                        | \$43,209,248        |               |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                        | \$43,197,548        |               |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                         |                        | \$4,613,087         |               |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                        | \$0                 |               |                         |                                                                                                                              |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                         |                        | \$11,700            |               |                         |                                                                                                                              |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                         |                        | 100%                |               |                         |                                                                                                                              |    |
| El intervisor 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           |                                                                                                                              |    |
| 73459259                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,845,235       | \$230,654                 |                                                         | \$295,238              | 3                   | \$44,950      | \$570,842               |                                                                                                                              |    |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| CHRISTIAN ACERO<br>1032393003<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                                         |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PRODUCTOS                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REALIZAR PLAN DE TRABAJO Y REMITIRLO A LA SDS A MÁS TARDAR LOS PRIMEROS CINCO (5) DÍAS HÁBILES DE INICIADA LA VIGENCIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SE REALIZA PLAN DE TRABAJO SOLICITADO POR SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DOCUMENTO RADICADO                                                                                                                                                      |
| MATRIZ DE FOCALIZACIÓN ARCHIVO EXCEL DIGITAL/ACTAS DE SOPORTE FOCALIZACIÓN POR CADA PROFESIONAL REALIZAR LA FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN MODALIDAD INDIVIDUAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SE DILIGENCIA MATRIZ DE FOCALIZACIÓN DE LOS CASOS PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MATRIZ EN EXCEL                                                                                                                                                         |
| "REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL. SE IDENTIFICARÁ CON LA POBLACIÓN VCA (CASO A CASO) SI LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL SE REALIZARÁ VIRTUAL Y/O PRESENCIAL. 440 CASOS PARA LA VIGENCIA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS DE NOVIEMBRE- ABRIL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL"                                                                                                                                                                                        | REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL LO CUAL IMPLICA ACERCAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                        | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030                                                                                                              |
| MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL PAPSIVI DEFINIDA POR LA SDS/MATRIZ DE INDICADORES POR CICLO POR ORIENTACIÓN TEMPATICA Y/O APLICATIVO WEB MSPS" con "DIGITAR EN BASE DE DATOS EL SEGUIMIENTO POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL PAPSIVI Y REALIZAR EL RESPECTIVO CARGUE EN EL APLICATIVO Y/O EN LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL"                                                                                                                             | SE DILIGENCIA MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL PAPSIVI DEFINIDA POR LA SDS/MATRIZ DE INDICADORES POR CICLO POR ORIENTACIÓN TEMPATICA Y/O APLICATIVO WEB MSPS" "DIGITAR EN BASE DE DATOS EL SEGUIMIENTO POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL PAPSIVI Y REALIZAR EL RESPECTIVO CARGUE EN EL APLICATIVO Y/O EN LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL" | MATRIZ EN EXCEL                                                                                                                                                         |
| PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CONVOCADAS POR LA SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CONVOCADAS POR LA SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                          | LISTADO DE ASISTENCIA Y/O GRABACION DEL EVENTO                                                                                                                          |
| PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS Y CUIDADO A CUIDADORES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 25/1/2024 JORNADA DE FORTALECIMIENTO TECNICO/16/01/2024 JORNADA DE CUIDADO A CUIDADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                            | LISTADO DE ASISTENCIA Y/O GRABACION DEL EVENTO                                                                                                                          |
| REALIZAR APORTES TÉCNICOS PARA INFORME DE SEGUIMIENTO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO APLICA PARA ESTE MES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO APLICA PARA ESTE MES                                                                                                                                                 |
| CONTINUIDAD PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE DA CONTINUIDAD PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL SE REALIZA SEGUIMIENTO DE 13 CASOS CUMPLIENDO OBJETIVOS DE PLANEACION TRAZADOS EN EL PLAN DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                            | CON AVAL SE DESARROLLA CONTINUIDAD DE PROCESOS DE ATENCION PSICOSOCIAL EN CICLOS PASADOS FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030                     |
| "CUMPLIR A CABALIDAD CON LAS ACTIVIDADES AFINES AL PERFIL PROFESIONAL Y/O TÉCNICO CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LOS LINEAMIENTOS DISTRITALES, ESTÁNDARES INSTITUCIONALES Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS, CON CRITERIOS DE VERACIDAD, CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN PARÁMETROS DESCRITOS PARA LOS COMPONENTES DEL ESCENARIO, ESPACIO Y/O PROYECTOS ESPECIALES, CUANDO SEAN REQUERIDOS Y/O ASIGNADOS EN EL CONTRATO VIGENTE ENTRE LA SUB RED SUR OCCIDENTE Y LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. " | REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL LO CUAL IMPLICA (ACERCAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN Y CIERRE) DIGITAR EN BASE DE DATOS EL SEGUIMIENTO POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL PAPSIVI (SEGÚN LA MODALIDAD) Y REALIZAR EL RESPECTIVO CARGUE EN EL APLICATIVO Y/O EN LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL      | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030. FORMULARIO DIGITAL IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD                                                       |
| DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES Y METAS PERIÓDICAS DESIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN, CON BASE EN LAS FICHAS TÉCNICAS Y LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL NEGOCIO JURÍDICO E INFORMAR DE MANERA OPORTUNA LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN LA EJECUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS                                                                                                                                                 | PRESENTACION DE FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030. FORMULARIO DIGITAL IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD Y DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN COVID. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES Y METAS PERIÓDICAS DESIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN, CON BASE EN LAS FICHAS TÉCNICAS Y LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA SDS                                                                                                                                                                                                                                            | REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL NEGOCIO JURÍDICO E INFORMAR DE MANERA OPORTUNA LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN LA EJECUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS. | PRESENTACION DE FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030. FORMULARIO DIGITAL IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD |
| DESARROLLAR ACCIONES DE CONTROL SOCIAL, INFORMACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN, SEGUIMIENTO A LA CANALIZACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ACCIONES DE CONTROL SOCIAL, INFORMACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN, SEGUIMIENTO A LA CANALIZACIÓN.                                                                                                                                | SOCIALIZACION DE LA ESTRATEGIA PAPSIVI EN CENTROS DE ENCUENTRO, NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA               |
| GENERAR INCIDENCIA EN LA REDUCCIÓN DEL DAÑO Y GESTIÓN FRENTE A PROBLEMÁTICAS DE SALUD IDENTIFICADAS, IMPLEMENTAR ACTIVIDADES LÚDICO-PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y EMPODERAMIENTO EN PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD.                                                                                                                                                   | IMPLEMENTAR ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y EMPODERAMIENTO EN PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD.                                                                                                                        | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030. FORMULARIO DIGITAL IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD                 |
| CONSOLIDAR Y FORTALECER GRUPOS DE LÍDERES PARES FORMADOS SEGÚN NECESIDADES PRIORIZADAS EN SALUD E INCLUSIÓN. FORTALECER LAS CAPACIDADES DE AUTOGESTIÓN Y LIDERAZGO DE PERSONAS, COLECTIVOS GRUPOS, ORGANIZACIONES Y REDES COMUNITARIAS PARA IMPULSAR LOS EJERCICIOS PARTICIPATIVOS Y LA MOVILIZACIÓN SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD.                                                                | REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL                                                                                                                                                                         | SOCIALIZACION DE LA ESTRATEGIA PAPSIVI EN CENTROS DE ENCUENTRO, NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA               |
| "REALIZAR AJUSTES DE MANERA OPORTUNA CUANDO SEAN REQUERIDOS ACORDE A LAS PREAUDITORIAS DEL REFERENTE DEL ESPACIO ASIGNADO. REALIZAR ENTREGA OPORTUNA Y CON CALIDAD DE INFORMES REQUERIDOS. "                                                                                                                                                                                                          | REVISION DE FORMATOS PARA PROCESO DE PREAUDITORIA                                                                                                                                                                                   | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030.                                                                       |
| ALISTAR SOPORTES Y PRESENTAR AUDITORÍAS PROGRAMADAS TANTO DE LA ESE COMO DE LA FIRMA AUDITORA O SDS, ENTES DE CONTROL. ASUMIR EL 100% DE 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. (INCUMPLIMIENTO DE META, INCONSISTENCIA EN SOPORTES, ENTRE OTRAS). | SE VERIFICA FORMATOS PARA EL PROCESO DE AUDITORIA                                                                                                                                                                                   | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030.                                                                       |
| <p>CHRISTIAN ACERO<br/>1032393003<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                   |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                   |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                             |        |                     |                    |                        |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------|---------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                                  | 1016034022        | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO |        | calle 75 n 110 a 14 | 5476502            | ibisfenney@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                        |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                             |        |                     |                    | SI                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2023-12              | 2023-12                           | I             | 02/01/2024               | 73459259        | \$608.000        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |                  |

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 | 230.700                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 230.700       | 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 |
|------------|------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230901     | Old Mutual | 800253055-2 | 295.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 295.300       | 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 | 45.000                 |                  |       |                        | 45.000                | 0         | 0                     | 45.000              |                            |                     | 450               | 45.000        | 1             |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| CCF24      | Compensar Caja | 860066942-7 | 37.000       | 0         | 0                 | 37.000        | 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                              | 230.700                             | 230.700       |
| Pensión             | 1                              | 295.300                             | 295.300       |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 45.000                              | 45.000        |
| CCF                 | 1                              | 37.000                              | 37.000        |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES             | 4                              | 608.000                             | 608.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                     |                    |                        |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|---------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                  | 1016034022        | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO |        | calle 75 n 110 a 14 | 5476502            | ibisfenney@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                        |
|                     |                   |                             |        |                     |                    | SI                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2023-12              | 2023-12                           | I             | 02/01/2024               | 73459259        | \$608.000 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |               |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IOE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1016034022            | BARRERA PINCHAO IBIS FENNEY | 59        | 0       |           | N             |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    | 230901   | 1.845.234 | 295.300    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.845.234 | 230.700                | 14-11    | 1.845.234    | 3               | 45.000     | CCF24      | 1.845.234 | 37.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA



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

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

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 |                           |                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO 1016034022 ABRIL.pdf            | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO 1016034022 ABRIL.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO 1016034022 MAYO.pdf (Archivado) | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO 1016034022 MAYO.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO MAYO 2023.pdf                               | CUENTA DE COBRO MAYO 2023.pdf                    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf                                   | CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf                        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO JULIO.pdf                                   | CUENTA DE COBRO JULIO.pdf                        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf                                  | CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf                       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf                              | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf                   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf                                 | CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf                      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | PLANILLA NOVIEMBRE.pdf (Archivado)                          | PLANILLA NOVIEMBRE.pdf                           | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf                               | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf                    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf                               | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf                    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                                                         |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                     | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1016034022 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | ibisbarrera@gmail.com                                   |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3012382110 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                         |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | PIC VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32           | 100                       |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.    |                                                         |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 24072753381                                             |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4807                      |                                                         |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 3045              | FECHA                     | 2023-12-14 11:31:00.000                                 | NÚMERO DE CRP       | 68844                            | FECHA         | 2023-12-15 13:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                                   | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         | 2023-12-01          |                                  |               | 2023-12-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                         | \$4,613,087         |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                       |                                                         | 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. |                   |                           |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                         |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                         |                     |                                  | \$38,596,161  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                     |                                  | \$38,584,461  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                         |                     |                                  | \$4,613,087   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                         |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                         |                     |                                  | \$11,700      |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                         |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 72669653                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,845,235       | \$230,654                 | \$295,238                                               | 3                   | \$44,950                         | \$570,842     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                      |                   |                           |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <div style="text-align: center;"> CHRISTIAN ACERO<br/> 1032393003<br/> Supervisor </div>                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PRODUCTOS                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REALIZAR PLAN DE TRABAJO Y REMITIRLO A LA SDS A MÁS TARDAR LOS PRIMEROS CINCO (5) DÍAS HÁBILES DE INICIADA LA VIGENCIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO APLICA                                                                                                                                                               |
| MATRIZ DE FOCALIZACIÓN ARCHIVO EXCEL DIGITAL/ACTAS DE SOPORTE FOCALIZACIÓN POR CADA PROFESIONAL REALIZAR LA FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN MODALIDAD INDIVIDUAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SE DILIGENCIA MATRIZ DE FOCALIZACIÓN DE LOS CASOS PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MATRIZ EN EXCEL                                                                                                                                                         |
| "REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL. SE IDENTIFICARÁ CON LA POBLACIÓN VCA (CASO A CASO) SI LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL SE REALIZARÁ VIRTUAL Y/O PRESENCIAL. 440 CASOS PARA LA VIGENCIA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS DE NOVIEMBRE- ABRIL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL"                                                                                                                                                                                        | REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL LO CUAL IMPLICA ACERCAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                        | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030                                                                                                              |
| MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL PAPSIVI DEFINIDA POR LA SDS/MATRIZ DE INDICADORES POR CICLO POR ORIENTACIÓN TEMPATICA Y/O APLICATIVO WEB MSPS" con "DIGITAR EN BASE DE DATOS EL SEGUIMIENTO POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL PAPSIVI Y REALIZAR EL RESPECTIVO CARGUE EN EL APLICATIVO Y/O EN LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL"                                                                                                                             | SE DILIGENCIA MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL PAPSIVI DEFINIDA POR LA SDS/MATRIZ DE INDICADORES POR CICLO POR ORIENTACIÓN TEMPATICA Y/O APLICATIVO WEB MSPS" "DIGITAR EN BASE DE DATOS EL SEGUIMIENTO POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL PAPSIVI Y REALIZAR EL RESPECTIVO CARGUE EN EL APLICATIVO Y/O EN LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL" | MATRIZ EN EXCEL                                                                                                                                                         |
| PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CONVOCADAS POR LA SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CONVOCADAS POR LA SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                          | LISTADO DE ASISTENCIA Y/O GRABACION DEL EVENTO                                                                                                                          |
| PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS Y CUIDADO A CUIDADORES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 15/12/2023 JORNADA DE FORTALECIMIENTO TECNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | LISTADO DE ASISTENCIA Y/O GRABACION DEL EVENTO                                                                                                                          |
| REALIZAR APORTES TÉCNICOS PARA INFORME DE SEGUIMIENTO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO APLICA PARA ESTE MES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO APLICA PARA ESTE MES                                                                                                                                                 |
| CONTINUIDAD PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE DA CONTINUIDAD PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL SE REALIZA SEGUIMIENTO DE 13 CASOS CUMPLIENDO OBJETIVOS DE PLANEACION TRAZADOS EN EL PLAN DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                            | CON AVAL SE DESARROLLA CONTINUIDAD DE PROCESOS DE ATENCION PSICOSOCIAL EN CICLOS PASADOS FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030                     |
| "CUMPLIR A CABALIDAD CON LAS ACTIVIDADES AFINES AL PERFIL PROFESIONAL Y/O TÉCNICO CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LOS LINEAMIENTOS DISTRITALES, ESTÁNDARES INSTITUCIONALES Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS, CON CRITERIOS DE VERACIDAD, CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN PARÁMETROS DESCRITOS PARA LOS COMPONENTES DEL ESCENARIO, ESPACIO Y/O PROYECTOS ESPECIALES, CUANDO SEAN REQUERIDOS Y/O ASIGNADOS EN EL CONTRATO VIGENTE ENTRE LA SUB RED SUR OCCIDENTE Y LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. " | REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL LO CUAL IMPLICA (ACERCAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN Y CIERRE) DIGITAR EN BASE DE DATOS EL SEGUIMIENTO POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL PAPSIVI (SEGÚN LA MODALIDAD) Y REALIZAR EL RESPECTIVO CARGUE EN EL APLICATIVO Y/O EN LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL      | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030. FORMULARIO DIGITAL IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD                                                       |
| DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES Y METAS PERIÓDICAS DESIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN, CON BASE EN LAS FICHAS TÉCNICAS Y LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL NEGOCIO JURÍDICO E INFORMAR DE MANERA OPORTUNA LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN LA EJECUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS.                                                                                                                                                | PRESENTACION DE FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030. FORMULARIO DIGITAL IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD Y DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN COVID. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES Y METAS PERIÓDICAS DESIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN, CON BASE EN LAS FICHAS TÉCNICAS Y LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA SDS                                                                                                                                                                                                                                            | REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL NEGOCIO JURÍDICO E INFORMAR DE MANERA OPORTUNA LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN LA EJECUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS. | PRESENTACION DE FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030. FORMULARIO DIGITAL IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD |
| DESARROLLAR ACCIONES DE CONTROL SOCIAL, INFORMACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN, SEGUIMIENTO A LA CANALIZACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ACCIONES DE CONTROL SOCIAL, INFORMACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN, SEGUIMIENTO A LA CANALIZACIÓN.                                                                                                                                | SOCIALIZACION DE LA ESTRATEGIA PAPSIVI EN CENTROS DE ENCUENTRO, NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA               |
| GENERAR INCIDENCIA EN LA REDUCCIÓN DEL DAÑO Y GESTIÓN FRENTE A PROBLEMÁTICAS DE SALUD IDENTIFICADAS, IMPLEMENTAR ACTIVIDADES LÚDICO-PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y EMPODERAMIENTO EN PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD.                                                                                                                                                   | IMPLEMENTAR ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y EMPODERAMIENTO EN PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD.                                                                                                                        | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030. FORMULARIO DIGITAL IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD                 |
| CONSOLIDAR Y FORTALECER GRUPOS DE LÍDERES PARES FORMADOS SEGÚN NECESIDADES PRIORIZADAS EN SALUD E INCLUSIÓN. FORTALECER LAS CAPACIDADES DE AUTOGESTIÓN Y LIDERAZGO DE PERSONAS, COLECTIVOS GRUPOS, ORGANIZACIONES Y REDES COMUNITARIAS PARA IMPULSAR LOS EJERCICIOS PARTICIPATIVOS Y LA MOVILIZACIÓN SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD.                                                                | REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD INDIVIDUAL                                                                                                                                                                         | SOCIALIZACION DE LA ESTRATEGIA PAPSIVI EN CENTROS DE ENCUENTRO, NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA               |
| "REALIZAR AJUSTES DE MANERA OPORTUNA CUANDO SEAN REQUERIDOS ACORDE A LAS PREAUDITORIAS DEL REFERENTE DEL ESPACIO ASIGNADO. REALIZAR ENTREGA OPORTUNA Y CON CALIDAD DE INFORMES REQUERIDOS. "                                                                                                                                                                                                          | REVISION DE FORMATOS PARA PROCESO DE PREAUDITORIA                                                                                                                                                                                   | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030.                                                                       |
| ALISTAR SOPORTES Y PRESENTAR AUDITORÍAS PROGRAMADAS TANTO DE LA ESE COMO DE LA FIRMA AUDITORA O SDS, ENTES DE CONTROL. ASUMIR EL 100% DE 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. (INCUMPLIMIENTO DE META, INCONSISTENCIA EN SOPORTES, ENTRE OTRAS). | SE VERIFICA FORMATOS PARA EL PROCESO DE AUDITORIA                                                                                                                                                                                   | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030.                                                                       |
| <p>CHRISTIAN ACERO<br/>1032393003<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                   |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                   |

DOCUMENTO EQUIVALENTE N°1/2024

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

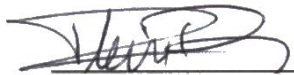
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO

CC 1016034022 DE BOGOTA D.C

La suma de \$ 4.613.087 CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL OCHENTA Y SIETE PESOS MCTE M/TE, por concepto de servicios PSICOLOGIA PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 durante el periodo de 1 al 31 de enero del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°4807-2023.



IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO

CC 1016034022 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24072753381