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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Maryori Valencia Collazos | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52347452 | |
| CORREO ELECTRONICO: | afropapsivi@gmail.com | | | | CELULAR: | 3174685867 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CONTRATO PAPSIVI SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K33-8 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 451800069853 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8287 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 203 | FECHA | 2025-01-24 15:25:33.000 | NÚMERO DE CRP | 12298 | FECHA | 2025-01-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-02-01 | | 2025-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $5,204,090 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $24,979,632 |
| VALOR EJECUTADO | $16,479,618 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5,204,090 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $8,500,014 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 66% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7956345681 - 7961275282 | $2,081,636 | $260,205 | $333,062 | 3 | $50,709 | $643,975 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Mónica María Peña Osorio
52960209
Supervisor

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

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| PROCESO PSICOANCESTRAL. CONTINUIDAD Y CIERRE POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE 50 PROCESOS DE ATENCION PSICOANCESTRAL INDIVIDUAL AKANNY Y 5 PROCESOS DE ATENCION PSICOSCIAL EN MODALIDAD FAMILIAR PARA PERSONAS VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO ( CORRESPONDIENTES A 10 CASOS EN MODALIDAD INDIVIDUAL Y FAMILIAR POR EQUIPO) | SE REALIZA CONTINUIDAD DE ATENCION CON LOS USUARIOS EN ATENCION INDIVIDUAL - AKANNY Y FAMILIAR. | PLAN DE ATENCION ( METODOLOGIA DE ATENCION)<br>MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL ACTUALIZADA<br>FICHAS DE ATENCION ACTUALZADAS<br>PAP 030 ACTUALIZADAS<br>ACTAS CORRESPONDIENTES A PROCESOS DE PLANEACION<br>EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS<br>EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS |
| DIGITAR EN MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL POR CADA PERSONA VICTIMA DEL CONFLICTO QUE ESTE ATENDIDA POR EL EQUIPO ( SEGUN LA MODALIDAD), EL CARGUE DE LA INFORMACIONDEBE SER DE MANERA SEMANAL. | SE REALIZA CONTINUIDAD DE SEGUIMIENTOS CON CADA USUARIO SEGUN SU MODALIDAD DE ATENCION. | PLAN DE ATENCION ( METODOLOGIA DE ATENCION)<br>MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL ACTUALIZADA |
| PARTICIPAR EN LA JORNADA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TECNICAS. | SE PARTICIPO DE LA JORNADA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TECNICAS | ACTA FIRMADA<br>EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS - MEMORIAS |
| PARTICIAPAR EN LA JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL. | SE PARTICIPO DE LA JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL | ACTA FIRMADA<br>EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS - MEMORIAS |
| REALIZAR APORTES TECNICOS PARA EL INFORME MENSUAL O FRACCION DE MES Y EL INFORME FINAL DEL PRODUCTO DE ATENCION PSICOSOCIAL DIFERENCIAL PARA LA POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO CON PERTENENCIA ETNICA. | SE REALIZA ANALISIS Y RECOLECCION DE LA INFORMACION PARA EL INFORME MENSUAL. | SE REALIZO UNA ENTREGA SEMANAL DE PRODUCTOS REFLEJADA EN LA ,MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL,FICHAS DE ATENCION, PAP030, DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS PARA FINES PERTINENTES<br>ACTAS CORRES´PONDIENTES A LOS PROCESOS DE ATENCION,ARTICULACION Y SEGUIMIENTO A USUARIOS.<br>EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS - MEMORIAS |
| PSICOANCESTRAL , REALIZAR EL ABORDAJE DE 5 PROCESOS DE ATENCION PSICOANCESTRAL COMUNITARIO (UBUNTU) PARA PERSONAS VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO.PREPARAR LA METODOLOGIA , Y LA RESPECTIVA SISTEMATIZACION Y REGISTRO DE LAS PERSONAS EN PROCESO DE ATENCION PSICOANCESTRAL EN FORMA PREVIAMENTE ESTABLECIDO. | YA SE REALIZO LA JORNADA UBUNTUNA CORRESPONDIENTE. | VER MES DE ENERO 2025 |
| PARTICIPAR DE LAS ASISTENCIAS TECNICASY / O REUNIONES DE SEGUIMIENTOS CUANDO SEAN CONVOCADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y PARTICIPAR EN LAAS REUNIONES DEL EQUIPO CONVOCADAS POR LAS CORDINACIONES DEL PROCESO. | SE PARTICIPO DE TODAS LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. | ACTAS FIRMADAS<br>EVIDENCIASA FOTOGRAFICAS - MEMORIAS |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Mónica María Peña Osorio
52960209
Supervisor

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

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52347452 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MARYORI VALENCIA COLLAZOS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 141 A # 107 A - 15 | TELÉFONO: | 7000000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención en |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7959933442** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/03/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1329477809 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 333.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 333.100** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 260.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 260.300** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 41.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 41.700** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 50.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 50.800** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 685.900** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 685.900** |

Planilla Pagada

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**
**MARYORI VALENCIA COLLAZOS**

**C.C 52347452 DE BOGOTA**

La suma CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL NOVENTA DE PESOS M/CTE $ 5,204.090 por concepto de servicios como prestar servicios profesionales 1 como trabajadora Social en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo del 1 de febrero al 28 de febrero de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8287 -2024

Maryori Valencia Collazos.

**MARYORI VALENCIA COLLAZOS**

**C.C 52347452 DE BOGOTA**

**CUENTADE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMER0 451800069853**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de febrero y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

**LIXA SORAYA PRIETO LÓPEZ**
**Apoyo a la supervisión**
**Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**