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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Nubia Janeth Gonzalez Salazar						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1006839480	
CORREO ELECTRONICO:	gonzalezsalazarnubia19@gmail.com				CELULAR:	3212508769	
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	550488447694065				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	8337			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	203	FECHA	2025-01-24 15:25:33.000	NÚMERO DE CRP	12341	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	GESTOR COMUNITARIO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-02-01		2025-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,226,590				
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:	$10,687,632
VALOR EJECUTADO	$7,050,868
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,226,590
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,636,764
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
1070541731	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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
REALIZAR LA FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN MODALIDAD COMUNITARIA, ESTA SERÁ UNA SUBACTIVIDAD PERMANENTE Y SE REGISTRARÁ DE MANERA DIGITAL EN EL INSTRUMENTO “MATRIZ DE FOCALIZACIÓN” ESTABLECIDO EN LA CAJA DE HERRAMIENTAS. LAS ACCIONES DE FOCALIZACIÓN DEBERÁN REALIZARSE DE MANERA CONJUNTA ENTRE PROFESIONAL Y PROMOTOR	PAP 030 ACTA	PAP 030 ACTA
LOS PROFESIONALES ANTIGUOS REALIZARÁN LA CONTINUIDAD DEL PROCESO DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD COMUNITARIA LO CUAL IMPLICA (AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN Y CIERRE POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS) CON 30 ORGANIZACIONES – PROCESOS (MÍNIMO 10 PERSONAS POR ORGANIZACIÓN Y/O PROCESO, LOS CUALES SE DEBERÁN MANTENER A LO LARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN PARA SER CONSIDERADO UN PROCESO VÁLIDO). ES PRECISO ESTABLECER QUE LA RESPONSABILIDAD EN EL LIDERAZGO DE LA SESIÓN Y EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL ESTARÁ A CARGO DE LOS PROFESIONALES SOCIALES. NOTA: ES PRECISO ESTABLECER QUE SI UN PROCESO ES FALLIDO, ÉSTE DEBERÁ SER REPUESTO ASÍ SU CIERRE SEA EN EL CICLO 2025. PAP 030 ACTA PAP 030 ACTA	PAP 030 ACTA	PAP 030 ACTA
LOS PROFESIONALES ANTIGUOS INICIARÁN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD COMUNITARIA LO CUAL IMPLICA (ACERCAMIENTO- RECONOCIMIENTO, AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN) CON 30 ORGANIZACIONES – PROCESOS (MÍNIMO 10 PERSONAS POR ORGANIZACIÓN Y/O PROCESO, LOS CUALES SE DEBERÁN MANTENER A LO LARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN PARA SER CONSIDERADO UN PROCESO VÁLIDO).	PAP 030 ACTA	PAP 030 ACTA
ES PRECISO ESTABLECER QUE LA RESPONSABILIDAD EN EL LIDERAZGO DE LA SESIÓN Y EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL ESTARÁ A CARGO DE LOS PROFESIONALES SOCIALES. PARA EL FINALIZAR DE LA VIGENCIA LOS PROCESOS DEBERÁN ESTAR ENTRE LA SESIÓN 2 O 3.	NO APLICA	NO APLICA
LOS PROFESIONALES NUEVOS REALIZARÁN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD COMUNITARIA LO CUAL IMPLICA (ACERCAMIENTO- RECONOCIMIENTO, IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN Y CIERRE POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS) CON 20 ORGANIZACIONES – PROCESOS (MÍNIMO 10 PERSONAS POR ORGANIZACIÓN Y/O PROCESO, LOS CUALES SE DEBERÁN MANTENER A LO LARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN PARA SER CONSIDERADO UN PROCESO VÁLIDO). ES PRECISO ESTABLECER QUE LA RESPONSABILIDAD EN EL LIDERAZGO DE LA SESIÓN Y EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL ESTARÁ A CARGO DE LOS PROFESIONALES SOCIALES. NOTA: ES PRECISO ESTABLECER QUE SI UN PROCESO ES FALLIDO, ÉSTE DEBERÁ SER REPUESTO ASÍ SU CIERRE SEA EN EL CICLO 2025 NO APLICA NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
PLANEACIÓN DE LAS SESIONES DE MANERA CONJUNTA ENTE PROFESIONAL Y PROMOTOR SE REALIZARÁ UNA REUNIÓN PREVIA DE PLANEACIÓN DE LAS SESIONES EN LA CUAL DEBERÁ QUEDAR ESTABLECIDO:-OBJETIVO-DESARROLLO METODOLÓGICO DELIMITANDO (ROL Y RESPONSABLES)- ASPECTOS LOGÍSTICOS	PAP 030 ACTA	PAP 030 ACTA
ANÁLISIS DE CONTEXTO SE REALIZARÁ ANÁLISIS DE CONTEXTO TERRITORIAL Y DE LAS ORGANIZACIONES CON LAS CUALES SE IMPLEMENTAN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL.	ACTA FOCALIZACION	ACTA FOCALIZACION
DILIGENCIAR MATRIZ DE ARTICULACIÓN Y/O ACTIVACIÓN DE RUTAS	MATRIZ ARTICULACION	MATRIZ ARTICULACION
PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CUANDO SEAN CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DE EQUIPO CONVOCADAS POR LAS COORDINACIONES DEL PROCESO ACTAS ACTAS	ACTAS	ACTAS
PARTICIPAR EN LA JORNADA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS	ACTAS	ACTAS
PARTICIPAR EN LA JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL	ACTAS	ACTAS
REALIZAR LA PROPUESTA METODOLÓGICA DE LOS DIÁLOGOS DE SABERES EN SALUD E IMPLEMENTARLA EN LOS CENTROS DE ENCUENTRO O EN LOS ESPACIOS /LUGARES DEFINIDOS, SEGÚN CRONOGRAMA DE LA SDS.	NO APLICA	NO APLICA
PARTICIPAR EN JORNADAS DE SENSIBILIZACIÓN, SOCIALIZACIÓN, DIVULGACIÓN O DE CONMEMORACIÓN CONVOCADAS POR LA SDS. ACTAS ACTAS	ACTAS	ACTAS

Copia Certificada Subred Suroccidente

REALIZAR APORTES TÉCNICOS PARA EL INFORME MENSUAL O FRACCIÓN DE MES Y EL INFORME FINAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN MODALIDAD COMUNITARIA	INFORME MENSUAL	INFORME MENSUAL

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-17, 04:13:04 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070546381

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822914364

PAGADO 14/03/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NUBIA YANETH GONZALES SALAZAR		
Documento	CC1006839480	**Dirección**	CR 0 #0 - 0 LA UNION
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3212508769
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1006839480	NUBIA JANETH GONZALEZ SALAZAR	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DESALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

Nubia Janeth Gonzalez Salazar

C.C 1006839480 DE Cabrera

La suma de DOS MILLONES DOCIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS, $2.226.590, por concepto de servicios como GESTOR COMUNITARIO en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo de 01 al 28 de febrero de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8337 -2024



Nubia Janeth González Salazar
C.C 1006839480 de Cabrera
CUENTADEAHORROS BANCO DAVVIVIENDA
NUMERO 0550488447694675

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes 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