

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                             |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                             |                        | 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         |              |                                                                                     |                         |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                             |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | ENRIQUE CASTELLANOS ROMERO                  |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             | C.C                                         | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 79854523                |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                             | psicocastellanos@gmail.com                  |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3229037379              |
| 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 DE BOGOTA             |                                             |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |                         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             | 143165173                                   |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO                      |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                                             |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 7                           |                                             |                        | VIGENCIA                         |              | 2025                                                                                |                         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 896               | FECHA                       | 2025-04-09 16:34:28.000                     |                        | NÚMERO DE CRP                    | 20082        | FECHA                                                                               | 2025-04-19 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL UNIVERSITARIO I |                                             |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                             | DESDE                                       | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                             | 2025-03-01             |                                  |              | 2025-03-31                                                                          |                         |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                             |                        |                                  | \$18,561,255 |                                                                                     |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                             |                        |                                  | \$15,265,331 |                                                                                     |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                             |                                             |                        |                                  | \$5,204,090  |                                                                                     |                         |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                             |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |                         |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |                                             |                        |                                  | \$3,295,924  |                                                                                     |                         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                             |                        |                                  | 82%          |                                                                                     |                         |
| 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                                                                       |                         |
| 85012456                                                                                                                                                                                                                                                     | \$2,081,636       | \$260,205                   |                                             | \$333,062              | 3                                | \$50,709     | \$643,975                                                                           |                         |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>Supervisor                                                                             |                   |                             |                                             |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021             |                   |                             |                                             |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRODUCTOS                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar la focalización e identificación de casos para la atención psicosocial en modalidad familiar, esta será una subactividad permanente y se registrará de manera digital en el instrumento “Matriz de Focalización” establecido en la caja de herramientas.                                                                                                                                                        | Se realizó focalización e identificación de casos para la atención psicosocial en la modalidad individual                                                                                                                                                                                                                                                                             | Registro de manera digital en el instrumento Matriz de Focalización            |
| Continuar el proceso de la atención psicosocial en la modalidad familiar lo cual implica (avance en la implementación del plan de acción y cierre por cumplimiento de objetivos), con 11 casos por profesional. (mínimo 2 personas por proceso)Nota: es preciso establecer que si un caso es fallido, éste deberá ser repuesto así su cierre sea en el ciclo 2025.                                                       | Se da continuidad al proceso de atención psicosocial desde la modalidad individual de casos aperturados en meses anteriores                                                                                                                                                                                                                                                           | Elaboración y registro de información en fichas PAP010, PAP012, PAP020, PAP030 |
| Realizar el proceso de la atención psicosocial en la modalidad familiar lo cual implica (acercamiento – reconocimiento, implementación del plan de acción y cierre por cumplimiento de objetivos), de 11 casos por profesional (mínimo 2 personas por proceso) Nota: es preciso establecer que si un caso es fallido, éste deberá ser repuesto en el mismo ciclo.                                                        | Se implementa el proceso de la atención psicosocial en la modalidad individual desde acercamiento, implementación del plan de acción a 13 casos                                                                                                                                                                                                                                       | Elaboración y registro de información en fichas PAP010, PAP012, PAP020, PAP030 |
| Digitación en aplicativo o matrizEsta subactividad incluye dos acciones i) digitar en Matriz/aplicativo de seguimiento psicosocial por cada persona víctima del conflicto que es atendida por el PAPSIVI (según la modalidad) y ii) realizar el respectivo cargue en el aplicativo del MSPS. Nota: El cargue en el aplicativo del MSPS estará sujeto al correcto funcionamiento del aplicativo por parte del Ministerio. | Se diligencian los instrumentos de acuerdo a lo solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | El aplicativo se diligenciará de manera oportuna y con calidad del dato        |
| Diligenciar de manera semanal la matriz de seguimiento psicosocial en la cual se visibilicen los casos prioritarios (siempre y cuando se presenten casos prioritarios) al equipo de acciones de promoción y prevención, para su respectivo seguimiento e inicio del proceso en salud integral.                                                                                                                           | se diligencian matriz de seguimiento psicosocial papsivi definida por la sds/matriz de indicadores por ciclo por orientación temática y/o aplicativo web mspss 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 | Los instrumentos se diligenciarán de manera oportuna                           |
| 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.                                                                                                                                                                                                   | Se realiza participación en reunión de sds y coordinación en las fechas acordadas durante el mes                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Listado de asistencia                                                          |
| Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se participa en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas el día 11 de marzo de 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Listado de asistencia                                                          |
| Participar en la jornada de cuidado emocional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se participa en la jornada de cuidado emocional el 10 de febrero de 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Listado de asistencia                                                          |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                     | Se aplica propuesta metodológica de los diálogos de saberes en salud e implementación en el centro de encuentro de Bosa el día 19 de marzo de 2025                                                                                                                                                                                                                                    | Relatoría correspondiente al tema asignado                                     |
| Participar en jornadas desensibilización, socialización, divulgación o de conmemoración convocadas por la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No aplica para este mes                                                        |
| 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 familiar.                                                                                                                                                                                                                                        | No aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No aplica para este mes                                                        |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
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

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2025-02              | 2025-02                           | I             | 17/03/2025               | 85012456        | \$648.400 |     |

### 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 | 260.300                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 10        | 1.700                 | 0              | 262.000       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 333.100                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 10        | 2.100                 | 0              | 335.200       | 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 | 50.800                 |                  |       |                        | 50.800                | 10        | 400                   | 51.200              |                            |                     | 508               | 51.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 10        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 10        | 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                              | 260.300                             | 262.000       |
| Pensión                | 1                              | 333.100                             | 335.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 50.800                              | 51.200        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 644.200                             | 648.400       |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                                     |                    |                            |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|-------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                           | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                                  | 79854523          | ENRIQUE CASTELLANOS ROMERO |        | Carrera 120 # 17-70 Barrio Fontibon | 3229037379         | psicocastellanos@gmail.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 |                   |                            |        |                                     |                    | NO                         |

| 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       |
| 2025-02              | 2025-02                           | I             | 17/03/2025               | 85012456        | \$648.400 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |        |           |         |            |                      |                      |                                |                                 |           |         |                        |           |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|--------|-----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |        |           |         | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |           | CCF     |                        |           | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | 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   | 79854523              | CASTELLANOS ROMERO ENRIQUE | 59        | 0       |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    | 230201 | 2.081.636 | 333.100 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS005                          | 2.081.636 | 260.300 | 14-11                  | 2.081.636 | 3            | 50.800          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR**  
**OCCIDENTE NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

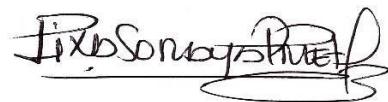
**ENRIQUE CASTELLANOS ROMERO**  
**C.C 79854523 DE BOGOTÁ**

La suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL NOVENTA PESOS M/CTE \$ 5.204.090 por concepto de servicios como profesional universitario 1 en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo del 1 al 31 de MARZO de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7-2025



**ENRIQUE CASTELLANOS ROMERO**  
**C.C 79854523 DE BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**  
**NUMERO 143165173**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de MARZO de 2025 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**