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:	GIOVANNI ROMERO SALINAS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79645799	
CORREO ELECTRONICO:	gioromeros1973@gmail.com				CELULAR:	3143712802	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONTRATO PAPSIVI SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K33-8	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488437571760				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3286			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	896	FECHA	2025-04-09 16:34:28.000	NÚMERO DE CRP	20101	FECHA	2025-04-19 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO 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:	$10,928,589
VALOR EJECUTADO	$7,632,665
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,204,090
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,295,924
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	70%

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
85019398	$971,430	$121,429	$155,429	3	$23,664	$300,522

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

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

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
Acompañamiento y/o seguimiento mensual en la implementación, seguimiento y gestión del Protocolo de Atención Psicosocial y Salud Integral a VCA con las EAPB y/o las IPS asignadas previamente por la SDS. Este acompañamiento y/o seguimiento a las EAPB o IPS se registrará en el formato de acta de la subred o de la SDS cuando se solicite. Claridades frente al diligenciamiento de los formatos: - Es de aclarar que si los acompañamientos y/o seguimientos se realizan a través de video llamadas se diligenciarán de manera digital y deberán registrar hora, fecha e incluir un pantallazo que permita evidenciar la fecha. -Si los acompañamientos y/o seguimientos se realizan a través de llamada telefónica se diligenciará de manera digital y se registrará hora y fecha de la llamada, a su vez se deberá incluir un o soporte que permita evidenciar la duración de la misma. -Si los acompañamientos y/o seguimientos se realizan de manera presencial, el formato de acta podrá ser diligenciado en físico o magnético, sin embargo, el listado de asistencia deberá ser en físico e incluir la respectiva firma del usuario/a o de la persona con la cual se realiza la gestión correspondiente.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
Realizar seguimiento frente a condiciones en salud física por parte del profesional de enfermería; las acciones que se realicen estarán orientadas a la identificación de riesgos en salud, valoración de riesgos psicofísicos derivados de los hechos victimizantes, identificación de barreras de acceso en salud y orientación e información en salud. Las acciones se podrán realizar de manera telefónica, virtual y/o presencial. Se contemplan 3575 acciones durante la vigencia (correspondiente a 65 acciones por profesional mensual) i)Las valoraciones se realizarán en el instrumento por curso de vida definido por la SDS y se registrará de manera digital en una matriz - formulario forms “Caracterización del riesgo individual” dispuesto para ello, en el momento de la valoración y según las condiciones se podrá diligenciar el instrumento impreso o el instrumento digital, sin embargo, al finalizar el mes todos los registros de valoraciones deberán estar cargados y registrados de manera digital en la matriz forms. Si la valoración es presencial se deberá diligenciar el PAP 030 con la firma del usuario, el cual deberá escanearse y cargarse en el forms. Si la valoración es virtual (telefónica o videollamada) deberá evidenciarse captura de la llamada en la que se identifique fecha y hora y deberá cargarse en el forms. ii)Los seguimientos se realizarán por curso de vida en el instrumento definido por la SDS y se registrará de manera digital en una matriz - formulario forms “Caracterización del riesgo individual” dispuesta para ello; en el momento del seguimiento y según las condiciones se podrá diligenciar el instrumento impreso o el instrumento digital, sin embargo, al finalizar el mes todos los registros de seguimientos deberán estar cargados y registrados de manera digital en la matriz forms. Si la valoración es presencial se deberá diligenciar el PAP 030 con la firma del usuario, el cual deberá escanearse y cargarse en el forms. Si la valoración es virtual (telefónica o videollamada) deberá evidenciarse captura de la llamada en la que se identifique fecha y hora y deberá cargarse en el forms. Los seguimientos deberán contemplar una duración mínima de 30 minutos, en los cuales se deberá evidenciar la IEC correspondiente al plan de trabajo y gestiones en salud. iii) Las gestiones en salud se registrarán de manera digital en la matriz denominada “Gestiones en Salud” formulario forms que permitirá evidenciar las fechas de la gestión con su respectivo soporte bien sea correos electrónicos, citas médicas generadas a través de whatsapp, formularios de afiliación, entre otros. iv) La participación en procesos de atención psicosocial en la modalidad comunitaria (solicitados previamente por los profesionales de dicha modalidad) se contabilizará como 3 acciones demostrando bajo acta cada uno de estos tres momentos (planeación metodológica, ejecución y Esta 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) registrando en una pestaña diferente las acciones para población VCA que no esté en procesos de atención psicosocial y ii) realizar el respectivo cargue en el aplicativo del MSPS del formato PAP040 (cuando sea necesario, según cada caso). El cargue en el aplicativo estará sujeto al correcto funcionamiento del mismo teniendo en cuenta que es administrado por el Ministerio.En relación con el aplicativo del MSPS es preciso aclarar que se deberá cargar el formato PAP 040, según las necesidades de cada caso, el cargue de la información deberá ser de manera mensual, posterior a que los profesionales psicosociales, realicen la creación del proceso de cada usuario/a. Por otro lado, frente al diligenciamiento de la Matriz definida por la SDS, el cargue de la información deberá ser de manera semanal. Al respecto se aclara que, los profesionales de enfermería podrán continuar con acciones o gestiones de los casos, indistintamente de si el caso ha sido cerrado por el profesional psicosocial.	SE REALIZA IDENTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD, VALORACIÓN DE RIESGOS PSICOFÍSICOS DERIVADOS DE LOS HECHOS VICTIMIZANTES, IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO EN SALUD Y ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN EN SALUD.	FORMULARIO FORMS DILIGENCIADOS, PAP 030, CARGUE DEL APLICATIVO

Copia certificada Sur Occidente

Realizar seguimiento frente a condiciones en salud física por parte del profesional de enfermería; las acciones que se realicen estarán orientadas a la identificación de riesgos en salud, valoración de riesgos psicofísicos derivados de los hechos victimizantes, identificación de barreras de acceso en salud y orientación e información en salud en tres de las estrategias diferenciales: i. Niños, Niñas y Adolescentes, ii. Mujer y iii. Paz, reconciliación y reintegración i.Las valoraciones se realizarán en el instrumento por curso de vida definido por la SDS y se registrará de manera digital en una matriz - formulario forms “Caracterización del riesgo individual” dispuesto para ello, en el momento de la valoración y según las condiciones se podrá diligenciar el instrumento impreso o el instrumento digital, sin embargo, al finalizar el mes todos los registros de valoraciones deberán estar cargados y registrados de manera digital en la matriz forms. Si la valoración es presencial se deberá diligenciar el PAP 030 con la firma del usuario, el cual deberá escanearse y cargarse en el forms. Si la valoración es virtual (telefónica o videollamada) deberá evidenciarse captura de la llamada en la que se identifique fecha y hora y deberá cargarse en el forms. ii. Los seguimientos se realizarán por curso de vida en el instrumento definido por la SDS y se registrará de manera digital en una matriz - formulario forms “Caracterización del riesgo individual” dispuesta para ello; en el momento del seguimiento y según las condiciones se podrá diligenciar el instrumento impreso o el instrumento digital, sin embargo, al finalizar el mes todos los registros de seguimientos deberán estar cargados y registrados de manera digital en la matriz forms. Si la valoración es presencial se deberá diligenciar el PAP 030 con la firma del usuario, el cual deberá escanearse y cargarse en el forms. Si la valoración es virtual (telefónica o videollamada) deberá evidenciarse captura de la llamada en la que se identifique fecha y hora y deberá cargarse en el forms. iii. Los seguimientos deberán contemplar una duración mínima de 30 minutos, en los cuales se deberá evidenciar la IEC correspondiente al plan de trabajo y gestiones en salud. iv. Las gestiones en salud se registrarán de manera digital en la matriz denominada “Gestiones en Salud” formulario forms que permitirá evidenciar las fechas de la gestión con su respectivo soporte bien sea correos electrónicos, citas médicas generadas a través de whatsapp, formularios de afiliación, entre otros.	SE REALIZA IDENTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD, VALORACIÓN DE RIESGOS PSICOFÍSICOS DERIVADOS DE LOS HECHOS VICTIMIZANTES, IDENTIFICACIÓN Y GESTION DE BARRERAS DE ACCESO EN SALUD Y ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN EN SALUD.	FORMULARIO FORMS DILIGENCIADOS, PAP 030, SOPORTE DE GESTIONES, CARGUE DEL APLICATIVO Y MATRICES
Acompañamiento a las profesionales de enfermería (en los casos determinados por la coordinación) en las acciones a desarrollar en los procesos de atención psicosocial en la modalidad comunitaria (solicitados previamente por los profesionales de dicha modalidad) en los momentos de (planeación metodológica, ejecución y evaluación de la jornada). Acompañamiento en la gestión y superación de barreras de acceso en salud (en los casos determinados por la coordinación local) lo cual se registrará de manera digital en la matriz denominada “Gestiones en Salud”	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
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 ASISTE A REUNION DE EQUIPO DE ENFERMERIA	LISTADOS DE ASISTENCIA
Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas.	SE ASISTE A JORNADA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TECNICAS	LISTADOS DE ASISTENCIA
Participar en la jornada de cuidado emocional	SE PARTICIPA EN JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL	LISTADOS 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.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
Participar en jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o de conmemoración convocadas por la SDS	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción de mes y el informe final del producto acciones de promoción y prevención en salud.	SE REALIZA INFORME MENSUAL CON APORTES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL DESRROLLO DE LAS ACCIONES DE LA ESTRATETGIA DE PAZ Y RECONCILIACION EN LA RURALIDAD	DOCUMENTO INFORME MENSUAL

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79645799	GIOVANNI ROMERO SALINAS	CRA 69 # 4 - 66 SUR	5229166	gioromeros1973@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85679710	$644.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	260.300	0		0		0	0	0	0	260.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	333.100	0	0	0	0	0	0		333.100	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	0	0	50.800			508	50.800	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	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	260.300	260.300
Pensión	1	333.100	333.100
Riesgos Laborales	1	50.800	50.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	644.200	644.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79645799	GIOVANNI ROMERO SALINAS		CRA 69 # 4 - 66 SUR	5229166	gioromeros1973@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85679710	$644.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	79645799	ROMERO SALINAS GIOVANNI	59	0			N																	25-14	2.081.636	333.100	0	0	0	0	EPS008	2.081.636	260.300	14-11	2.081.636	3	50.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

GIOVANNI ROMERO SALINAS

C.C 79645799 DE BOGOTÁ

La suma de (cinco millones doscientos cuatro mil noventa pesos) ($.5.204.090), por concepto de servicios como Enfermero profesional Universitario 1 en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo de 01 al 31 de marzo de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3286-2025



GIOVANNI ROMERO SALINAS

C.C 79645799 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO: **0550488437571760**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de marzo 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