

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                  |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                              | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1014218090 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | alejap4@gmail.com                                                |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3008410417 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                                  |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | PIC ESPACIO DE VIVIENDA INSTITUCIONAL SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K27-2         | 100                       |                                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A      |                                                                  |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 458200121705                                                     |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 9154                      |                                                                  |                     | VIGENCIA                         |               | 2024                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 205               | FECHA                     | 2025-01-24 15:29:15.000                                          | NÚMERO DE CRP       | 12906                            | FECHA         | 2025-01-31 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |                                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                                            | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                  | 2025-03-01          |                                  |               | 2025-03-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                                  | \$3,998,070         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                                  |                     |                                  | \$23,998,420  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                  |                     |                                  | \$15,992,280  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                                  |                     |                                  | \$3,998,070   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                  |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                                  |                     |                                  | \$8,006,140   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                                  |                     |                                  | 67%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 1070326482                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,599,228       | \$199,904                 | \$255,876                                                        | 3                   | \$38,957                         | \$494,737     |                                                                                     |            |
| 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<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.                                                                                                                                         |                   |                           |                                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Realizar proceso de implementación de acciones del plan de cuidado institucional a la meta establecida de 56 Hogares Comunitarios de Bienestar para la localidad de Bosa, teniendo en cuenta las acciones establecidas durante el plan de cuidado institucional | Formatos de sesiones colectivas y actas                            |
| 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-ESE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Dar cumplimiento al 100% de implementación de acciones del plan de cuidado institucional programadas con las Madres Comunitarias de los HCB de las localidades de Bosa.                                                                                         | Formatos de sesiones colectivas y actas de la sesión               |
| Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS                                                                                                                                                                                                                                       | Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB en donde se garantice la respectiva gestión del riesgo                                                                                                  | Formato de Activación de ruta - Notificación vía Email             |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Notificación de eventos en interés en salud pública del proceso acorde a los riesgos identificados y SIRC.                                                                                                                                                      | Diligenciamiento del formato correspondiente y envío vía email     |
| Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Notificación de casos identificados de acuerdo a la necesidades de población abordada en los HCB                                                                                                                                                                | Diligenciamiento del formato correspondiente y envío vía email     |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Reforzar en la líderes de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores.                                                        | Diligenciamiento de acta                                           |
| Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | En el mes de marzo no se programo actividad                                                                                                                                                                                                                     | No se programo                                                     |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.                                                                                                                                                                     | Entrega de Formatos de plan de cuidado cualitativo y mascota verde con el registro de la información acorde con la concertación establecida en el plan de cuidado institucional.                                                                                | Formatos de sesiones colectivas y actas de la sesión               |
| 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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.                                                                                               | Se presentan actividades al 100% bajo la supervisión y revisión del profesional de apoyo con la calidad y en los tiempos esperados. Se asume 100% glosa si se determinan inconsistencias.                                                                       | Formatos de plan de cuidado cualitativo, formatos de mascota verde |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                             | Participación en reunión de equipo 14/3/2023 conversatorios, y o apropiación conceptual de lineamientos y asistencias técnicas programadas por SDS para el mes de marzo de 2025                                                                                 | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación         |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL**

**C.C 1014218090 DE BOGOTA**

La suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/C (3.998.070), por concepto de servicios como PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 en el ENTORNO CUIDADOR INSTITUCIONAL, durante el periodo de 1 al 31 de Marzo de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9154-2024



**MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL**

**C.C 1014218090 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 458200121705**

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.



**ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO**

**Apoyo a la supervisión**

**Entorno INSTITUCIONAL**

← → ↺ 🔍 secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.13733706 📄 🔍 ☆ 📁 ⬇️ 👤 Error ⋮

Presidencia Republica

CONSEJO DE ESTADO

CONSEJO DE SEGURIDAD PUBLICA

Aumentar el contraste

UTC -5 8:36:27

MAYRA ALEJANDRA P.

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar

Excentro → 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? ☐ SI ☒ 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"/> MAYRA ALEJANDRA PINZON- 1014218090-7566-2024.zip | MAYRA ALEJANDRA PINZON- 1014218090-7566-2024.zip | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> OCTUBRE.pdf                                      | OCTUBRE.pdf                                      | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> ilovepdf_merged (1).pdf                          | ilovepdf_merged (1).pdf                          | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> ENERO.pdf                                        | ENERO.pdf                                        | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> FEBRERO.pdf                                      | FEBRERO.pdf                                      | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



**ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Entorno INSTITUCIONAL**