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:	JOHANNA KATERIN GALINDO VALDERRAMA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	38144558	
CORREO ELECTRONICO:	johannagalindov81@gmail.com				CELULAR:	2017549-3124553135	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONTRATO PAPSIVI				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K33-8	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380721485				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	8277			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1141	FECHA	2025-05-14 13:56:50.000	NÚMERO DE CRP	23340	FECHA	2025-05-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01		2025-06-30		
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:	$40,591,902
VALOR EJECUTADO	$37,295,978
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,204,090
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,295,924
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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
9486675371	$2,081,636	$260,205	$333,062	3	$50,709	$643,975

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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
Realizar la focalización e identificación de casos para la atención psicosocial en modalidad individual	NO APLICA PARA ESTE MES	NO APLICA PARA ESTE MES
Continuar el proceso de la atención psicosocial en la modalidad individual lo cual implica (avance en la implementación del plan de acción) se debe dar continuidad en modalidad individual a los 13 casos por profesional, abiertos con anterioridad.	EFECTUAR EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS EN SESIONES 3,4, 5 Y 6 QUE SE ENCUENTRAN EN ATENCION PSICOSOCIAL	PAP020 PLAN DE SEGUIMIENTO PAP030 REGISTRO DE ASISTENCIA
Implementar el proceso de la atención psicosocial en la modalidad individual lo cual implica (acercamiento, implementación del plan de acción y cierre por cumplimiento de objetivos) a 13 casos por profesional.	EFECTUAR ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE 3 CASOS PARA DAR ATENCION A 13 CASOS COMPLETOS PARA EL CICLO MAYO - JULIO	PAP010 ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO PAP020 PLAN DE SEGUIMIENTO PAP030 REGISTRO DE ASISTENCIA
Digitación en aplicativo o matriz 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	DIGITAR APLICATIVO SIVIGILA PARA EL SEGUIMIENTO DE CASOS EN ATENCION	APLICATIVO SIVIGILA DC
Diligenciar de manera semanal la matriz de seguimiento psicosocial en la cual se visibilicen los casos prioritarios	RELACIONAR EN LA MATRIZ DE ASTENCION PSICOSOCIAL INDIVIDUAL LOS CASOS ATENDIDOS A DIARIO	MATRIZ DE ATENCION PSICOSIOCIAL MODALIDAD INDIVIDUAL
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	26.06.2025 REUNION DE EQUIPO - ESTUDIO DE CASO	LISTADO DE ASITENCIA
Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas.	11.06.2025 FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TECNICAS	LISTADO DE ASITENCIA
Participar en la jornada de cuidado emocional	10.06.2025 JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL (CAMINATA)	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 SDSD	NO APLICA PARA ESTE MES	NO APLICA PARA ESTE MES
Participar en jornadas de sensibilización, 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 individual	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

Copia Certificado Subred Suroccidente

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
CC 38144558		GALINDO VALDERRAMA JOHANNA KATERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 34 N 4 63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2017549	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2025-05	2025-05	1544760256	9486675371	I	2025/06/16	2025/06/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$685,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,081,636	$333,100			$2,081,636	$260,300			$2,081,636	$41,700			$2,081,636	$50,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,081,636	$333,100			$2,081,636	$260,300			$2,081,636	$41,700			$2,081,636	$50,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,081,636	$333,100			$2,081,636	$260,300			$2,081,636	$41,700			$2,081,636	$50,800		$0	$0
1	CC 38144558	GALINDO JOHANNA	230301	30	$2,081,636	$333,100	EPS005	30	$2,081,636	$260,300	CCF24	30	$2,081,636	$41,700	14-11	30	$2,081,636	$50,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,081,636	$333,100			$2,081,636	$260,300			$2,081,636	$41,700			$2,081,636	$50,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38144558		GALINDO VALDERRAMA JOHANNA KATERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 34 N 4 63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2017549	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1544760256	9486675371	I	2025/06/16	2025/06/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$685,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$333,100	$0	$0	$333,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$333,100	$0	$0	$333,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$50,800	$0	$0	$50,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$50,800	$0	$0	$50,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,700	$0	$0	$41,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$41,700	$0	$0	$41,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$260,300	$0	$0	$260,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$260,300	$0	$0	$260,300
TOTAL				1	$685,900	$0	$0	$685,900

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

JOHANNA KATERIN GALINDO VALDERRAMA

C.C 38144558 DE IBAGUE

La suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL NOVENTA PESOS MTCE (5.204.090), por concepto de servicios como Psicóloga – profesional universitaria 1 en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo de 1 al 30 de Junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8277 -2024

JOHANNA KATERIN GALINDO VALDERRAMA

C.C 38144558 DE IBAGUE

CUENTADE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7380721485

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes Junio 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