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:	Karol Adriana Gonzalez Herrera						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1026286607	
CORREO ELECTRONICO:	kadrianagherrera@gmail.com				CELULAR:	3013539793	
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 CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24107895066				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4457			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1505	FECHA	2025-07-14 08:35:43.000	NÚMERO DE CRP	32254	FECHA	2025-07-19 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO I						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-07-01		2025-07-31			
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:	$14,224,512
VALOR EJECUTADO	$10,928,589
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,204,090
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,295,923
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77%

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
88035801	$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 Julio 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, ESTA SERÁ UNA SUBACTIVIDAD PERMANENTE Y SE REGISTRARÁ DE MANERA DIGITAL EN EL INSTRUMENTO “MATRIZ DE FOCALIZACIÓN” ESTABLECIDO EN LA CAJA DE HERRAMIENTAS	SE REALIZA CONCTACTO TELEFONICO MEDIANTE LLAMADA Y MENSAJES DE WHATSAPP A LOS USUARIOS ASIGNADOS EN LA BASE CONSEJERÍA PARA LA PAZ, VÍCTIMAS Y RECONCILIACIÓN Y LA BASE DE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	REGISTRO DE LLAMADAS Y MENSAJES TELEFONICOS Y DILIGENCIAMIENTO DE MATRIZ REGISTRO DE LLAMADAS Y MENSAJES TELEFONICOS
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. PARA EL MES DE DICIEMBRE ESTOS CASOS DEBERÁN ESTAR CERRADOS POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS. NOTA: ES PRECISO ESTABLECER QUE SI UN CASO ES FALLIDO, ÉSTE DEBERÁ SER REPUESTO ASÍ SU CIERRE SEA EN EL CICLO 2025	DAR CONTINUIDAD A CASOS APERTURADOS	FICHA PAP020 - FICHA PAP030
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.NOTA: ES PRECISO ESTABLECER QUE SI UN CASO ES FALLIDO, ÉSTE DEBERÁ SER REPUESTO EN EL MISMO CICLO.	REALIZAR SEGUIMIENTO DE SESION 5, 6,7 Y 8 PARA EL PRPCESO DE ATENCION EN POBLACION VICTIMA DEL CONFLITO ARMADO EJECUCION DE CIERRE CON SU RESPECTIVO REPORTE	FICHA PAP 020 - FICHA PAP030 FICHA PAP 020 - FICHA PAP030
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 (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	DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO DEL APLICATIVO EXIGIDO POR SDS, PARA CONSULTA Y SEGUIMIENTO DE LOS CASOS ATENDIDOS	APLICATIVO SIVIGILA DC
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.	ACTUALIZACION CONTINUA DE LA MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL MODALIDAD INDIVIDUAL DANDO CUENTA DE LOS SEGUIMIENTOS REALIZADOS SEMANALMENTE	LA MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL MODALIDAD INDIVIDUAL DANDO CUENTA DE LOS SEGUIMIENTOS REALIZADOS SEMANALMENTE MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL 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	16/07/2025 REUNION DE EQUIPO	LISTADO DE ASISTENCIA
PARTICIPAR EN LA JORNADA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS	17/07/2025 ASISTENCIA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TECNICAS	LISTADO DE ASISTENCIA
PARTICIPAR EN LA JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL	15/06/2025 ASISTENCIA JORNADA DE CUIDADO A CUIDADORES	LISTADO DE ASISTENCIA
SABERES EN SALUD E IMPLEMENTARLA EN LOS CENTROS DE ENCUENTRO O EN LOS ESPACIOS /LUGARES DEFINIDOS, SEGÚN CRONOGRAMA DE LA SDS.	NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO	NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO
PARTICIPAR EN JORNADAS DE SENSIBILIZACIÓN, SOCIALIZACIÓN, DIVULGACIÓN O DE CONMEMORACIÓN CONVOCADAS POR LA SDS.	NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO	NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO
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 EL MES CERTIFICADO	NO APLICA PARA EL MES CERTIFICADO

Copia Certificada Subred Suroccidente

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	1026286607	KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA	Cra 7 #61 55	3013539793	kadrianagherrera@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	
2025-06	2025-06	I	10/07/2025	88035801	$647.500	

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	8	1.300	0	261.600	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	8	1.700	0	334.800	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	8	300	51.100			508	51.100	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	261.600
Pensión	1	333.100	334.800
Riesgos Laborales	1	50.800	51.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	644.200	647.500

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	1026286607	KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA		Cra 7 #61 55	3013539793	kadrianagherrera@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	
2025-06	2025-06	I	10/07/2025	88035801	$647.500	

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	Estornado	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	1026286607	GONZALEZ HERRERA KAROL ADRIANA	59	0			N																	230201	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:

KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA

C.C 1026286607 DE BOGOTÁ D.C

La suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL NOVENTA PESOS M/CTE 5.204.090, por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1-PROFESIONAL EN PSICOLOGIA en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo de 1 al 31 de julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4457-2025.



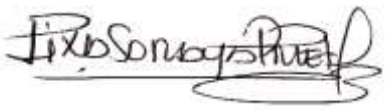
KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA

C.C 1026286607 DE BOGOTÁ D.C

CUENTADE AHORROS CAJA SOCIAL

NUMERO 24107895066

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