

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		laura camila madero hernandez					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1001056860		
CORREO ELECTRONICO:	lauramadero25@hotmail.com			CELULAR:	3124680366		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		U C S EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES USS 36 ASUNCIÓN BOCHICA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU46V07-15	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488411883215				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3695			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1767	FECHA	2025-08-27 13:17:12.000	NÚMERO DE CRP	38616	FECHA	2025-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,127,093			
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:	\$18,189,369
VALOR EJECUTADO	\$12,643,425
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4,127,093
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$5,545,944
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
88162846	\$1,579,062	\$197,383	\$252,650	3	\$38,466	\$488,498

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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes	Realización de vista de seguimiento a familias caracterizadas	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado.	Asistir a las diferentes reuniones generadas por la SDS frente los diferentes temas a tratar con la población caracterizada	Acta de asistencia a reuniones
Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	Dar orientación a la familias de líneas distritales de ayuda con la que puede contar para el desarrollo de actividades	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas
. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes	Mobilizar las actividades con la comunidad para reducir los riesgos en salud	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred	Asistir a las diferentes reuniones generadas por la SDS frente los diferentes temas a tratar con la población caracterizada	Acta de asistencia a reuniones
Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Mobilizar las actividades con la comunidad para reducir los riesgos en salud	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas
. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.	Entregar los productos acorde al perfil de psicología en el aplicativo según la localidad asignada	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control	Presentar los productos que se necesite para auditoría por parte de secretaria	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos	Elaborar con el cronograma con el líder de localidad para revisar y entrega de productos	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.	Atender las diferentes problemáticas que se puede presentar con la familias caracterizadas y generar la respectiva psico orientación con relaciona a ellas	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.	Informar al líder a cargo sobre diferentes inconvenientes que puede presentar en la ejecución del contrato	Acta o informe vía magnética al gestor de los inconvenientes presentados
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	actuar de manera responsable y acorde a la imagen institucional en las actuaciones individuales	Chaqueta en buen estado y carnet en buen estado
Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones.	Siempre portar bien la chaqueta y uniforme de la institución	Chaqueta en buen estado y carnet en buen estado
Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Mantener el equipo en buen estado y darle un buen uso	Equipo en buen estado
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Seguir y cumplir a cabalidad los lineamientos planteados en la estrategia de equipo de atención en casa	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas
Que lo anterior en concordancia a lo establecido en el actual Convenio suscrito con la Secretaria Distrital de Salud para el desarrollo del objetivo mencionado, específicamente para el caso de aquellos contratistas que conforman los equipos técnicos diferenciales y realizan actividades para incluir materiales e insumos (todos relacionados con la interacción integral e integrada del abordaje étnico diferencial, partiendo de la necesidad de los diferentes productos para el abordaje a las familias y actividades colectivas (olla comunitaria, círculo de palabra y de medicina ancestral), se hace indispensable contar con insumos diferenciales que permitan la práctica propia de las comunidades étnicas de acuerdo al anexo 8 y plan programático presupuestal requeridos para la operación.	Seguir y cumplir a cabalidad los lineamientos planteados en la estrategia de equipo de atención en casa	visitas domiciliarias, aplicativo, firmas de visitas

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

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

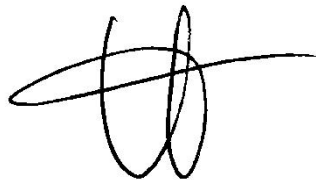
**DEBE A:**  
**LAURA CAMILA MADERO HERNADEZ**  
**C.C 1001056860 de BOGOTA D.C**

La suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS Mcte) (\$3.947.654), por concepto de servicios como profesional universitario, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 1 al 30 de junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3695-2025



**LAURA CAMILA MADERO HERNDEZ**  
**C.C. 1001056860 de Bogota**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**  
**NUMERO 488411883215**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 30 de junio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.**



---

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Equipos Básicos extramurales**



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001056860	LAURA CAMILA MADERO HERNANDEZ		CLL 52 F SUR N 24 35	3124680366	lauramadero25@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

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	11/07/2025	88162846	\$488.800	

## 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	197.500	0		0		0	0	0	0	197.500	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	252.800	0	0	0	0	0	0	0	252.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	38.500				38.500	0	0	38.500			385	38.500	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	197.500	197.500
Pensión	1	252.800	252.800
Riesgos Laborales	1	38.500	38.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>488.800</b>	<b>488.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001056860	LAURA CAMILA MADERO HERNANDEZ		CLL 52 F SUR N 24 35	3124680366	lauramadero25@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-06	2025-06	\$488.800				

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1001056860	MADERO HERNANDEZ LAURA CAMILA	59	0			N																	230201	1.580.000	252.800	0	0	0	0	EPS008	1.580.000	197.500	14-23	1.580.000	3	38.500		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA