| 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: | maria alejandra osorio avendaño | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030625472 | |
| CORREO ELECTRONICO: | maleja2021subred@gmail.com | | | | CELULAR: | 4588278 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT PSICOLOGÍA USS NUEVAS DELICIAS | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA15A18 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 91220173998 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 820 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1862 | FECHA | 2025-09-17 10:34:18.000 | NÚMERO DE CRP | 39438 | FECHA | 2025-09-26 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PSICOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-09-01 | | 2025-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,632,580 | | | | |
| 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: | $32,595,570 |
| VALOR EJECUTADO | $28,962,990 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,632,580 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,632,580 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 89% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 89608034 | $1,453,032 | $181,629 | $232,485 | 3 | $35,396 | $449,510 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 |
|---|---|---|
| 1. Realizar la consulta programada de psicología de forma oportuna y con los criterios de calidad establecidos en la Institución. | Se realiza consulta de la agenda programada y de forma oportuna con los tiempos establecidos por la subred | historia clínica |
| 2. Realizar las actividades educativas de salud dirigidas a los usuarios y sus familias que han sido atendidos por consulta ambulatoria o atención intrahospitalaria. | se realiza psicoeducación a los paciente de derechos y deberes de acuerdo a la norma. | historia clínica |
| 3. Brindar atención psicológica oportuna en los aspectos de evaluación, tratamiento y seguimiento a los pacientes hospitalizados o que consulten por el servicio de urgencias que requieran atención inmediata por haber presentado un evento que afecte su salud física y/o mental. | "se realizan intervenciones y valoracion adecuadas para los pacientes una atención segura, integral, oportuna y eficiente de acuerdo al diagnostico del paciente " | historia clínica |
| 4. Realizar la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan. | De acuerdo a los lineamientos se prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. | historia clínica |
| 5. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999. 6. Garantizar la información hacia el usuario y su familia sobre su estado de salud. | se diligencia de manera oprtuna y clara la historia clinica dando cumplimiento a la resolucion | Historia clinica |
| 6. Garantizar la información hacia el usuario y su familia sobre su estado de salud. | se le informa al usuario y la familia su estado de salud en forma clara y oportuna | Historia clinica |
| 7. Adherirse a las guías de manejo Institucionales vigentes. | Se tiene Adherencia a las guias según lineamientos de la subred | historia clínica |
| 8. Cumplir con el uso de Elementos de protección personal y adherencia al manual de bioseguridad. | Se utilizan los elementos de proteccion de acuerdo al lineamientos del manual de bioseguridad | tapabocas, bata |
| 9. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Se reporta oportunamente de acuerdo a la normatividad | historia clinica |
| 10. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | se notifica al área encargada las fallas en el servicio y al lider de la unidad | tiket correspondiente |
| 11. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Se realiza de forma oportuna todos los formatos que son requeridos de acuerdo a los lineamientos de la Subred | historia clínica / consentimiento informado / fichas de notificacion |
| 12. Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Se realiza el registro de los distintos conceptos acorde con las condiciones que reportan los pacientes en la consulta, previa evaluacion y comprensión de los sintomas reportados. | historia clínica |
| 13. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Se realiza el control a los pacientes asignados diariamente de forma grupal, individual, familiar. | Historia clinica |
| 14. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se le informa al paciente y al familiar de su estado de salud y plan de manejo a seguir | Historia clinica |
| 15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | Se realiza informe de los estudios de caso y demas actividades solicitadas por el supervisor | Historia Clinica /actas |
| 16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Se hace un adecuado uso de los recursos fisicos suministrado para el desarrollo de las actividades y consultas designadas. | formato de entrega de activos |
| 17. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Asisto y participo en mesa de salud mental reunion de psicologos y capacitaciones acorde con los estandares establecidos por la Subred. | Implementación de los procedimientos estandarizados en la mesa de salud mental / actas |
| 18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | se da cumple con actividades solicitadas por la subred y se apoya en lo que se requiera | Historia clinica / actas |
| "19,Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales." | Se participa en las actividades que require la subred o el lider del centro | Actas e Informes |
| 20. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Se registran todas las actividades realizadas en el servicio de consulta externa y demas asignadas por el supervisor del contrato | Historia clinica / actas |
| 21. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Se sube la cosntancia mensual de seguridad en salud, pensiones y riesgos profesionales | Suresoc certificacion de pago |
| 22. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Se realizan todas las actividades asignadas por el supervisor inmedito | Actas e Informes |

Copia Certificada Subred Suroccidente

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

DEBE A:

MARIA ALEJANDRA OSORIO AVENDAÑO
**C.C 1.030.625.472 DE BOGOTA**

La suma de tres millones seiscientos treinta y dos mil quinientos ochenta pesos m/c $ 3.632.580, por concepto de: prestación de servicios como Psicóloga en la Unidad de Servicios de Salud Nuevas Delicias durante el periodo de 01 al 30 de septiembre del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 820-2025.



MARIA ALEJANDRA OSORIO AVENDAÑO
**C.C 1.030.625.472 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 91220173998**

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 | 1030625472 | MARIA ALEJANDRA OSORIO AVENDAÑO | CALLE 5 A SUR # 80 G 58 | 4588278 | maleja2021subred@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 11/09/2025 | 89608034 | $478.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 181.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 181.700 | 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 | 232.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 232.500 | 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 | 35.400 | | | | 35.400 | 0 | 0 | 35.400 | | | 354 | 35.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 29.100 | 0 | 0 | 29.100 | 1 |

**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 | 181.700 | 181.700 |
| Pensión | 1 | 232.500 | 232.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 35.400 | 35.400 |
| CCF | 1 | 29.100 | 29.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 478.700 | 478.700 |

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 | 1030625472 | MARIA ALEJANDRA OSORIO AVENDAÑO | | CALLE 5 A SUR # 80 G 58 | 4588278 | maleja2021subred@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 | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 11/09/2025 | 89608034 | $478.700 | |

## 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 | 1030625472 | OSORIO AVENDAÑO MARIA ALEJANDRA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.453.032 | 232.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.453.032 | 181.700 | 14-11 | 1.453.032 | 3 | 35.400 | CCF22 | 1.453.032 | 29.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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