| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 |
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| | Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ANDREA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1016043555 | |
| CORREO ELECTRONICO: | APALVAREZTS@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3108565615 | |
| 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: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4553965492 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5563 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2148 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 49716 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3 | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $5,262,400 | | | | | | |
| 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: | $6,314,880 |
| VALOR EJECUTADO | $5,613,227 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5,262,400 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $701,653 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9492357491 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 |
|---|---|---|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de profesional universitario 3, en la modalidad, colectivo étnico y o estrategia que tenga asignada conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y o de las estrategias diferenciales para personas víctimas del conflicto armado residentes en el Distrito Capital, en concordancia a estándares institucionales, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del contrato. | Registro de atenciones familiares en formatos oficiales; reporte de actividades realizadas con criterios de calidad y pertinencia. | FICHA PAP010- FICHA PAP020 - FICHA PAP030- MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL - ACTA DE REVISION |
| 2. Realizar el cargue de la información con respecto a los procesos de atención alrededor del componente de atención psicosocial del PAPSIVI, en los formatos, aplicativos y/o matrices dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y/o Secretaria Distrital de salud, conforme a las condiciones técnicas requeridas de manera semanal. | Evidencia del cargue oportuno en plataforma (pantallazo, consolidado o reporte técnico). | FICHA PAP010- FICHA PAP020 - FICHA PAP030- MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL CE SUBAREPORTE A SISVECOS - ACTA DE REVISION |
| 3. Reportar los casos prioritarios (si los hubiere) al componente de atención psicosocial del PAPSIVI y o de acciones de promoción y prevención, para el respectivo seguimiento y la activación del proceso en pro de una atención integral. | Registro de reporte de caso prioritario y constancia de envío al equipo coordinador. | FOCLAIZACION DE PERSONAS VCA QUE REQUIERAN ATENCION PSICOSOCIAL |
| 4. Participar en asistencias técnicas, reuniones de seguimiento y sesiones de coordinación convocadas por la Secretaría Distrital de Salud y o por las coordinaciones del proceso, ordinarias o extraordinarias, aportando análisis y elementos técnicos desde su rol profesional. | Listados de asistencia, actas de reunión, relatorías o memorandos técnicos. | LISTADOS DE ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS |
| 5. Asistir a las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas programadas | Registro o constancia de asistencia emitida por la coordinación. | LISTADOS DE ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS |
| 6. Participar en las jornadas de cuidado emocional convocadas, orientadas a la descarga emocional vinculado al proceso. | Registro de participación o lista de asistencia validada. | LISTADOS DE ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS |
| 7. Diseñar y presentar una propuesta metodológica para la realización de los diálogos de saberes en salud, e implementarla en los centros de encuentro u otros espacios definidos en coordinación con la SDS, según el cronograma establecido de acuerdo a los requerimientos. | Documento de propuesta metodológica y registro de implementación (fotografías, relatoría o acta de desarrollo). | RELATORIA SEGUN DIAS PUNTO CONSOLIDADAS EN DRIVE |
| 8. Asistir y participar activamente en las jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o conmemoración que sean convocadas por la Secretaría Distrital de Salud, en el marco del programa de personas víctimas del conflicto armado | Registro fotográfico, actas o listados de asistencia firmados. | LISTADOS DE LA SESION |
| 9. Elaborar y entregar insumos técnicos necesarios para la consolidación del informe mensual (o fracción de mes) y del informe final del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y o de las estrategias diferenciales en la modalidad, colectivo étnico y o estrategia que tenga asignada, garantizando la calidad, pertinencia y veracidad de la información reportada. | Informes técnicos mensuales y final debidamente diligenciados, con soportes anexos. | FICHA PAP010- FICHA PAP020 - FICHA PAP030- MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL CE SUBAREPORTE A SISVECOS - ACTA DE REVISION |
| 10. Diligenciar la matriz de identificación de resultados e impactos de la implementación de la modalidad y o estrategia asignada, en articulación con el equipo de la estrategia Formar en Paz, cuando sea requerido. | Matriz diligenciada y entregada con datos actualizados y verificados. | NO APLICA |
| 11. Acompañamiento y/o seguimiento en la implementación, seguimiento y gestión del Protocolo de Atención Psicosocial y Salud Integral a VCA con las EAPB y o las IPS; cuando le sea asignado dentro del proceso. | Registro de actividades de acompañamiento, actas o reportes de seguimiento. | NO APLICA |
| 12. Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. | Registro fotográfico o verificación en supervisión de campo. | SE DA CUMPLIMIENTO SEGUN LO ESTIPULADO |
| 13. El contratista guardará completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de las personas víctimas del conflicto armado | Declaración de confidencialidad firmada y observancia del protocolo de manejo de información. | FORMATOS DILIGENCIADOS PAP 010 |
| 14. Apoyar la ejecución de las jornadas y actividades que se requieran ante eventualidades o eventos de interés en salud pública. | Registro de participación, listado de asistencia o informe de apoyo. | NO APLICA |
| 15. Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo. | Informe de cumplimiento adicional o soporte de actividades solicitadas. | FICHA PAP010- FICHA PAP020 - FICHA PAP030- MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL CE SUBAREPORTE A SISVECOS - ACTA DE REVISION |

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

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 1016043555 | | ALVAREZ LADINO ANDREA DEL PILAR | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 16A No 134A-51 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4134762 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1000000287 | 9492357491 | I | 2025/10/14 | 2025/10/10 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $469,000 |

**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)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1016043555 | ALVAREZ ANDREA | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $28,500 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $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 1016043555 | | ALVAREZ LADINO ANDREA DEL PILAR | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 16A No 134A-51 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4134762 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1000000287 | 9492357491 | I | 2025/10/14 | 2025/10/10 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $469,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $469,000 | $0 | $0 | $469,000 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ANDREA DEL PILAR ALVAREZ LADINO**

**C.C 1016043555 DE BOGOTÁ**

La suma de $350.827 **Trescientos cincuenta mil ochocientos veintisiete pesos**. por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO en el **Contrato No. 8295757-2025**, durante el periodo de 29 de SEPTIEMBRE al 30 de SEPTIEMBRE de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5563-2025




**ANDREA DEL PILAR Álvarez LADINO**

**C.C1016043555 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 4553965492**

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

**JONATHAN GILBERTO ROMERO CARRION**
**Coordinador Modalidad – Familiar**
**Apoyo a la supervisión**
**Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)**