| | | |
|---|---|---|
| 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: | sorelys Isabel Gutiérrez valdez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1007595679 | |
| CORREO ELECTRONICO: | sorelysisabel13@gmail.com | | | | CELULAR: | 3015246259 | |
| 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 | 24138308092 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5546 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2148 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 49699 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | GESTOR / PROMOTOR / SABEDOR | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,244,800 | | | | |
| 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: | $2,693,760 |
| VALOR EJECUTADO | $2,319,627 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,244,800 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $374,133 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 86% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1076049425 | $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 gestor promotor sabedor , 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. | Se realizaron las actividades programadas según perfil, atenciones, acompañamiento, Diligenciamiento de ficha de atención y calendario | PAP030, FICHA DE ATENCION , CRONOGRAMA |
| 2. Realizar de manera conjunta con el profesional asignado, la focalización e identificación de casos para atención psicosocial o psicoancestral en la modalidad y/o estrategia asignada, registrando permanentemente la información en el instrumento digital “Matriz de Focalización”, conforme a los lineamientos de la caja de herramientas dispuesta para tal fin. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 3. Participar activamente en todas las fases del proceso de atención psicosocial o psicoancestral según la modalidad y/o estrategia asignada, incluyendo el acercamiento, reconocimiento, implementación del plan de acción y cierre por cumplimiento de objetivos, siguiendo la metodología establecida por la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y/o Ministerio de salud y protección social (MSPS). | Se realizan las atenciones programadas según cronograma | PAP030, FICHA DE ATENCION , CRONOGRAMA |
| 4. Asistir y participar en las reuniones de planeación conjunta de las sesiones con el profesional correspondiente, definiendo claramente los objetivos, metodología, roles, responsables y aspectos logísticos de cada sesión, según corresponda. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 5. Realizar análisis del contexto territorial y de las organizaciones vinculadas al proceso de atención psicosocial o psicoancestral, con el fin de ajustar la implementación a las realidades locales y fortalecer el enfoque diferencial y/o comunitario. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 6. Diligenciar de forma clara, completa y oportuna la matriz de articulación y/o activación de rutas, cuando sea requerida. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 7. 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. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 8. Participar en las asistencias técnicas, reuniones de seguimiento convocadas por la SDS, y reuniones de equipo lideradas por las coordinaciones del proceso. | Asistir a jornadas convocadas | ACTA Y LISTADOS DE ASISTENCIA |
| 9. Asistir a las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas | Asistir a jornada de fortalecimiento técnico | ACTA Y LISTADOS DE ASISTENCIA |
| 10. Participar en las jornadas de cuidado emocional | Participar en jornada de cuidado emocional | ACTA Y LISTADOS DE ASISTENCIA |
| 11. Diseñar y presentar una propuesta metodológica para el desarrollo de diálogos de saberes en salud, e implementarla en los espacios definidos (centros de encuentro u otros), según el cronograma establecido por la SDS. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 12. Participar activamente en las jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o conmemoración convocadas por la SDS, aportando desde el enfoque psicosocial comunitario. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 13. Planear e implementar jornadas de sensibilización frente a la atención psicosocial para personas víctimas del conflicto armado cuando se requiera. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 14. Participar en las jornadas Inter estrategias convocadas, lideradas por el equipo de la estrategia Formar en Paz cuando sea convocado. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 15. Participar en las jornadas Inter estrategias convocadas, lideradas por el equipo de la estrategia Formar en Paz cuando sea convocado. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 16. Aportar en la construcción e implementación de una propuesta metodológica con enfoque diferencial para la realización de los diálogos de saberes en salud, a desarrollarse en los centros de encuentro o espacios/lugares definidos por la SDS, conforme al cronograma establecido. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 17. Entregar aportes técnicos y la información requerida para la elaboración del informe mensual (o fracción de mes) y el informe final del proceso de atención psicosocial en la modalidad y/o estrategia asignada, garantizando la veracidad y calidad de los datos reportados. | Se realizo informe fracción segun indicaciones de coordinación | Informe fracción |
| 18. Apoyar la ejecución de las jornadas y actividades que se requieran ante eventualidades o eventos de interés en salud pública. | NO APLICA PARA EL PERIODO | NO APLICA PARA EL PERIODO |
| 19. 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. | NO APLICA PARA EL PERIODO | ACTA Y LISTADOS DE ASISTENCIA |

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-11-28, 10:20:15 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076693747

**Periodo Cotización:** octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822989543

## PAGADO 28/11/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SORELYS ISABEL GUTIERREZ VALDEZ | | |
| **Documento** | CC1007595679 | **Dirección** | CL 7A #79 B - 21 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3015246259 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1007595679 | SORELYS ISABEL GUTIERREZ VALDEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 2.100 | $ 442.600 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**DEBE A:**

**SORELYS ISABEL GUTIÉRREZ VALDEZ**

**C. C** 1007595679 **DE BARRANQUILLA**

La suma de dos millones doscientos cuarenta y cuatro mil ochocientos **($2.244.800),** por concepto de servicios como contratista en el Contrato No. 8295757-2025, durante el periodo **del 1 de noviembre al 30 de noviembre de 2025**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5546-2025.**

Sorelys Gutierrez

**SORELYS ISABEL GUTIÉRREZ VALDEZ**

**C. C** 1007595679 **DE BARRANQUILLA**

**CUENTADE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24138308092**

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

Andrea goyes

**Coordinador Modalidad – Estrategia palenquero Apoyo a la supervisión Andrea goyes Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)**