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	2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000	NÚMERO DE CRP	53531	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PSICOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-11-01		2025-11-30		
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:	$36,228,150
VALOR EJECUTADO	$36,228,150
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,632,580
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
91197753	$1,453,032	$181,629	$232,485	3	$35,396	$449,510

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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 noviembre 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	
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91197753	$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	
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91197753	$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	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	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