

					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			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Luisa Fernanda Rubio Rincón					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1000692465
CORREO ELECTRONICO:			luisa8rubio@gmail.com			CELULAR:		3103086363
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 AGRARIO DE COLOMBIA S A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			408900064011				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5540			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	610	FECHA	2026-02-18 14:39:44.000	NÚMERO DE CRP	14064	FECHA	2026-02-24 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-02-01			2026-02-28	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,822,784				
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:						\$29,632,588		
VALOR EJECUTADO						\$18,488,811		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,822,784		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$11,143,777		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						62%		
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		
46000426	\$1,442,560	\$180,320	\$230,810	3	\$35,141	\$446,270		
Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. 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
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de Tecnólogo Administrativo, 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	REVISIÓN PRODUCTOS (MATRIZ PSICOSOCIAL, APLICATIVO SIVIGILIA, PLAN DE TRABAJO, CRONOGRAMA Y PAP030) DE LA MODALIDAD INDIVIDUAL RECEPCIONAR LAS REMISIONES QUE LLEGAN A TRAVES DE LAS DIFERENTES ENTIDADES PARA EL PROGRAMA PAPSIVI, SUBIR USUARIOS A LA BASE, VALIDAR RUT Y HACER SEGUIMIENTO TELEFONICO	ACTA DE REVISION Y LISTADO DE ASISTENCIA MATRIZ INTERINSTITUCIONAL 2026 Y LLAMADAS TELEFONICAS
2. Apoyar la creación, actualización y finalización de usuarios para el manejo del aplicativo dispuesto por la Secretaría Distrital de Salud en el subsistema PAPSIVI, conforme a los lineamientos de seguridad, roles y accesos definidos por la entidad.	NO FUE NECESARIO REALIZAR ESTA ACTIVIDAD	NO APLICA
3. Realizar seguimiento periódico al cargue de la información al aplicativo institucional, asegurando la oportunidad, calidad y consistencia de los datos ingresados por el equipo de trabajo.	REVISION DE MATRIZ PSICOSOCIAL Y APLICATIVO SIVIGILIA DE LOS PROFESIONALES DE LA MODALIDAD DE INDIVIDUAL	ACTA DE REVISION Y LISTADO DE ASISTENCIA
4. Generar reportes e informes de información solicitados por la Secretaría Distrital de Salud, la Subred y otras instancias responsables del seguimiento técnico y administrativo del programa.	NO FUE NECESARIO REALIZAR ESTA ACTIVIDAD	NO APLICA
5. Apoyar la gestión técnica del proceso, cuando las funcionalidades del aplicativo lo permitan y previa solicitud o requerimiento por parte de las coordinaciones del programa o del equipo técnico responsable.	REVISION DE MATRIZ PSICOSOCIAL Y APLICATIVO DE LOS PROFESIONALES DE LA MODALIDAD DE INDIVIDUAL	ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA
6. Participar activamente en las asistencias técnicas, capacitaciones y reuniones de seguimiento, cuando sea convocado por las instancias pertinentes, con el fin de garantizar la articulación y el cumplimiento de los objetivos del programa.	ASISTENCIA A LA REUNION CONVOCADA POR COORDINACION GENERAL PARA REESTABLECER FUNCIONES Y ACTRIVIDADES DE LOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS ASISTENCIA A LA REUNION CONVOCADA POR COORDINACION GENERAL , COORDINACION ESPECIFICA Y EQUIPO TECNICO ASISTENCIA REUNION DE EQUIPO CON LA COORDINADORA INDIVIDUAL, PROFESIONALES DE PSICOLOGIA Y TECNICO ADMINISTRATIVO ASISTENCIA REUNION TECNICA CON LA COORDINADORA INDIVIDUAL, PROFESIONALES DE PSICOLOGIA Y TECNICO ADMINISTRATIVO ASISTENCIA REUNION ESTUDIO DE CASO CON LA COORDINADORA INDIVIDUAL, PROFESIONALES DE PSICOLOGIA Y TECNICO ADMINISTRATIVO ASISTENCIA REUNION CON LA COORDINADORA INDIVIDUAL, PROFESIONALES DE PSICOLOGIA, SECRETARIA Y TECNICO ADMINISTRATIVO ASISTENCIA A LA JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL	ACTA ACTA ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA
7. 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.	RESPETO Y USO MODERADO DE LA INFORMACION CON LAS COORDINACIONES ESTABLECIDAS E INFORMAR CUALQUIER EVENTUALIDAD A TIEMPO	ACTAS Y MATRICES
8. Apoyar la ejecución de las jornadas y actividades que se requieran ante eventualidades o eventos de interés en salud pública.	NO FUE NECESARIO REALIZAR ESTA ACTIVIDAD	NO APLICA

<p>9. 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.</p>	<p>APOYAR LA ORGANIZACION Y DISTRIBUCION DE PAPELERIA E INSUMOS MISCELANEOS PARA LOS CUATRO CENTROS DE ENCUENTRO CHAPINERO, RAFAEL URIBE URIBE Y BOSA APOYAR LA ENTREGA DE PAPELERIA E INSUMOS MISCELANEOS PARA LOS PROFESIONALES DE LA MODALIDAD INDIIIDUAL</p>	<p>ACTA DE ENTREGA ACTA DE ENTREGA</p>
<p>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000692465	LUISA FERNANDA RUBIO RINCON		Carrera 14 # 136 05 sur	6013020605	lfr3008@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		46000426	12/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	\$0	\$541.800	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000692465	LUIZA FERNANDA RUBIO RINCON		Carrera 14 # 136 05 sur	6013020605	lfr3008@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		46000426	12/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]

PAGADA

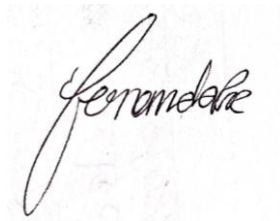
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBE A:
LUISA FERNANDA RUBIO RINCÓN

C.C 1000692465 DE BOGOTA

La suma de (Tres millones ochocientos veintidós mil setecientos ochenta y cuatro pesos) (\$ 3.822.784), por concepto de servicios como (técnico administrativo) **Contrato No. 8295757-2025**, durante el periodo de 1 de febrero al 28 de febrero 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5540-2025

CONCEPTO	MES	VALOR
INDEXACION ENERO 2026	ENERO DE 2026	\$ 108.192
FEBRERO REGULAR	FEBRERO DE 2026	\$ 3.714.592
		\$ 3.822.784



LUIS FERNANDA RUBIO RINCÓN
CC 1000692465 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS DEL BANCO AGRARIO
NUMERO 408900064011

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes febrero de 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



Diana Hoyos Ruiz Coordinadora General
Apoyo a la supervisión
Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)