

					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:			GIOVANNI ROMERO SALINAS					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		79645799
CORREO ELECTRONICO:			gioromeros1973@gmail.com			CELULAR:		3143712802
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 DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488437571760				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5530			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	610	FECHA	2026-02-18 14:39:44.000	NÚMERO DE CRP	14055	FECHA	2026-02-24 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-03-01			2026-03-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$5,420,272				
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:						\$43,239,388		
VALOR EJECUTADO						\$32,398,843		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$5,420,272		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$10,840,545		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						75%		
El intervisor 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	
69894869	\$2,168,109	\$271,014		\$346,897	3	\$52,815	\$670,726	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo 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
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.	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES AFINES AL PERFIL PROFESIONAL CON CRITERIOS DE VERACIDAD, CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA	FORMULARIOS FORMS, LISTADOS PAP 030, LISTADOS DE FORMATOS DE ACTAS
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 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, CONFORME A LAS CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS DE MANERA SEMANAL	SE REALIZA EL CARGUE DE LA INFORMACION RELACIONADA CON LOS PROCESOS DE ATENCION PSICOSOCIAL, SEGÚN CONDICIONES TÉCNICAS	FORMULARIOS FORMS, MATRICES PSICOSOCIALES, DE COMPLEMENTARIAS, ENFERMERÍA Y APLICATIVO MSPS Y SDS
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.	SE REALIZA REPORTE SEGÚN LA PRIORIDAD DEL CASO DE ATENCIÓN PARA EL RESPECTIVO SEGUIMIENTO	FORMATO DE REPORTE SEGÚN EL REQUERIMIENTO DEL CASO
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.	SE PARTICIPA EN LAS REUNIONES CONVOCADAS POR LAS COORDINACIONES O LA SDS, REALIZANDO APORTES A LAS MISMAS	LISTADOS DE ASISTENCIA
ASISTIR A LAS JORNADAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS PROGRAMADAS	SE PARTICIPO EN JORNADA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TECNICAS	LISTADOS DE ASISTENCIA
PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CUIDADO EMOCIONAL CONVOCADAS, ORIENTADAS A LA DESCARGA EMOCIONAL VINCULADO AL PROCESO.	SE PARTICIPÓ EN DE CUIDADO EMOCIONAL	LISTADOS DE ASISTENCIA
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	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
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	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
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.	SE RELIZAN APORTES TECNICOS REQUERIDOS PARA LA CONSOLIDACION DEL INFORME MENSUAL DEL PERFIL DE ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCON CON PERTINENCIA Y VERACIDAD	DOCUMENTO INFORME MENSUAL, PARCIAL O FINAL
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.	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE MATRIZ DE SEGUIMIENTO MENSUAL	FORMATO DE MATRIZ DE SEGUIMIENTO, FORMATO DE ACTA
ACOMPANIAMIENTO 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.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
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.	SE REALIZA ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL E INSUMOS	REGISTROS FOTOGRÁFICOS, LISTADOS DE ASISTENCIA
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	SE GUARDA TOTAL CONFIDENCIALIDAD DE FORMA INDEFINIDA SOBRE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS A LOS CUALES TENGA ACCESO Y CONOZCA EN VIRTUD DEL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL	FORMATO DE CONFIDENCIALIDAD MSPS, Y EN EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES
APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS JORNADAS Y ACTIVIDADES QUE SE REQUIERAN ANTE EVENTUALIDADES O EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA

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.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	NO APLICA
<div>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor</div>		
<div>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</div>		
<div>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</div>		

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79645799	GIOVANNI ROMERO SALINAS		CRA 69 # 4 - 66 SUR	5229166	gioromeros1973@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69894869	25/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$2,231,258	\$735.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	279.000	0		0		0	1	200	0	279.200	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	357.100	0	0	0	0	1	300	0	357.400	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	54.400				54.400	1	100	54.500			544	54.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	44.700	1	100	44.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	279.000	279.200
Pensión	1	357.100	357.400
Riesgos Laborales	1	54.400	54.500
CCF	1	44.700	44.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	735.200	735.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79645799	GIOVANNI ROMERO SALINAS		CRA 69 # 4 - 66 SUR	5229166	gioromeros1973@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69894869	25/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$2,231,258	\$735.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	USP	SP	SAJ	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79645799	ROMERO SALINAS GIOVANNI			59	0		N								X									25-14	2.231.258	30	357.100	0	0	0	0	EPS008	2.231.258	30	279.000	14-11	2.231.258	30	3	54.400	CCF24	2.231.258	30	44.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DEBE A:

GIOVANNI ROMERO SALINAS
C.C 79645799 DE BOGOTÁ

La suma de cinco millones cuatrocientos veinte mil doscientos setenta y dos mil pesos (\$5.420.272), por concepto de servicios como profesional universitario en el **Contrato No. 8295757-2025**, durante el periodo del 01 de marzo al 31 de marzo de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5530-2025



GIOVANNI ROMERO SALINAS
C.C 79645799 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO: 0550488437571760

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

Andrés Torres M.

Carlos Andrés Torres Mateus
Coordinador Modalidad Acciones de Promoción y Prevención
Apoyo a la supervisión
Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Certifica que:

GIOVANNI ROMERO SALINAS

CC 79645799

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *miércoles, 25 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”



QR de
verificación:

