

					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:			JORGE VEGA					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1030638665
CORREO ELECTRONICO:			jorgeh.vega808@gmail.com			CELULAR:		3165325758
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			4591124809				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3080			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	610	FECHA	2026-02-18 14:39:44.000	NÚMERO DE CRP	14349	FECHA	2026-03-09 16:27:33.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PAPSIVI-TECNOLOGO-ADMINISTRATIVO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-04-01			2026-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,714,592				
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:						\$14,617,941		
VALOR EJECUTADO						\$10,314,304		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,714,592		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$4,303,637		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						71%		
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		
70439457	\$1,485,837	\$185,730	\$237,734	3	\$36,195	\$459,658		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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 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	En cumplimiento de la obligación contractual establecida para el perfil de Tecnólogo Administrativo, se desarrollaron a cabalidad las actividades asignadas en el marco del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y sus estrategias diferenciales, garantizando el cumplimiento de los lineamientos distritales y los estándares institucionales definidos. En este sentido, se realizó seguimiento oportuno y detallado a las cuentas de cobro del talento humano vinculado al proceso, verificación y control administrativo de bienes y servicios requeridos para la operación del programa, así como apoyo permanente en la gestión administrativa y financiera, incluyendo control documental, revisión de soportes, consolidación de información y acompañamiento en el cumplimiento de metas contractuales. Todas las acciones se ejecutaron bajo criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia, conforme a los parámetros establecidos en los documentos técnicos y anexos del contrato.	Base de datos, informes, actas
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.	Gestionar la creación, modificación o inactivación de usuarios.	Bases de datos
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.	Monitorear semanalmente los datos	bases de datos
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.	Consolidar y analizar información del programa para la elaboración de reportes técnicos	Bases de datos y documentos
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.	Brindar soporte en el análisis de datos para la toma de decisiones técnicas	Bases de datos
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.	Asistir y participar activamente en reuniones técnicas, comités de seguimiento y capacitaciones convocadas por la SDS o coordinación del programa.	Actas
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	Aplicar protocolos de seguridad de la información en el manejo de bases de datos y documentación	Bases de datos y documentos
Apoyar la ejecución de las jornadas y actividades que se requieran ante eventualidades o eventos de interés en salud pública.	Apoyar logística y demás que se requiera	Actas
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.	Brindar apoyo administrativo y técnico en requerimientos extraordinarios de supervisión	Actas, documentos y bases de datos

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030638665	JORGE HERNANDO VEGA VELASQUEZ		Carrera 79 a # 6 a 27	4246067	jorgeh.vega808@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
		70439457	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$576.900	

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	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	
230301	Porvenir	800224808-8	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	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030638665	JORGE HERNANDO VEGA VELASQUEZ		Carrera 79 a # 6 a 27	4246067	jorgeh.vega808@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
		70439457	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$576.900	

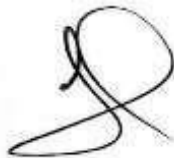
DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1030638665	VEGA VELASQUEZ JORGE HERNANDO	59	0		N																		230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	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:
JORGEHERNANDOVEGAVELASQUEZ
CC: 1030638665 de Bogotá

La suma de (TRES MILLONES SETECIENTOS CATORCE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS mt/e) \$3.714.592, por concepto de servicios como tecnólogo en el **Contrato No. 8295757-2025**, durante el periodo de 1 al 30 de abril de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3080-2026.



JORGE HERNANDO VEGA VELASQUEZ
C.C 1030638665 de BOGOTA D.C
CUENTA DE AHORROS BANCOBANCOLOMBIA
NUMERO 045-911248-09

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



Angelica Rocio Tobar Arias
Coordinador Modalidad – Estrategia Apoyo a la
supervisión
Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)

		ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				Versión: _____ Fecha de aprobación: 18/03/2025 Código: 06-00-FO-0001			
1. Colaborador		Nuevo OPS		Cambio Perfil OPS	x	Nuevo Planta		Reubicado Planta	
2. Nombres y apellidos del colaborador		VEGA VELASQUEZ JORGE HERNANDO							
3. Documento		Tipo de Documento: C.C._x_ C.E._ Pasaporte _ Visa _ Número: 1030638665							
4. Perfil o cargo		PAPSIVI-TECNOLOGO-ADMINISTRATIVO							
5. Dependencia- Proceso - Área		Unidad de Gestión del Riesgo de Salud							
6. Tipo de Vinculación		ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS _x_ PLANTA _ TERCEROS _ OTROS _ CUAL: _____							
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred		DÍA _03_ MES _febrero_ AÑO _2026_							
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		REALIZACIÓN ACTIVIDAD					
				SI	NO	N/A	OBSERVACIONES		
3/03/2026	ROCIO TOBAR	Entrega de Clave Aula Virtual		x					
		Se realizó Afiliación a la ARL		x					
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente		x					
		Entrega de Camet Institucional		x					
		Sensibilización Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)				x			
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES		
6/03/2026	ROCIO TOBAR	Entrega de usuario y contraseña				x			
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes				x			
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad		x					
		Firma digital				x			
FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para el encuentro virtual)	10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES		
	ROCIO TOBAR	Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual:							
		Humanización							
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo							
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres							
		Participación y Atención al Usuario							
		Gestión de la Tecnología							
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS							
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública							
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia							
		Gestión Documental							
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI							
11. DIRECCIONES / OFICINAS									
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)									
Lugar de Ubicación Colaborador		Sede Administrativa Puente Aranda							
Servicio donde va a desarrollar actividades		Gestión del Riesgo en salud (PAPSIVI)							
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)		3/02/2026							
Fecha de Finalización (D/M/A)		15/03/2026							
12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO									
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)				ROCIO TOBAR					
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)				ROCIO TOBAR					
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES		
19/03/2026	ROCIO TOBAR	Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano		x					
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal		x					
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.		x					
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades		x					
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y/o funciones y asuntos personales.		x					
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece		x					
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)		x					
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)		x					
		Portal folio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)		x					
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)		x					
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)		x					
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)		x					
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica				x			
Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías . Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio		x							

			Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	x			
			Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	x			
			Procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso.	x			
			Información sobre programas de PyD	x			
			Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)	x			
			Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	x			
			Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003	x			
			RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	x			

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO							
FECHA	SERVICIO	PERFIL	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
19/03/2026	COMPONENTES SALUD PUBLICA	Describir el perfil del Talento Humano	Presentación del espacio y/o componente	x			
			Entrega de la caja de herramientas por medio magnético (formato y explicación del informe de actividades, fechas de entrega del mismo, entrega de lineamientos o rutas, documentos de consulta, formato de cronograma o matrices)	x			
			Se informó frente a controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos	x			
			Se informó frente a eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	x			
			Se realizó Entrenamiento en Campo - Manejo de procedimientos aplicables al proceso de trabajo	x			
			Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos	x			

14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR		15. VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO	
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ x ____	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI ____ x ____ NO ____	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:	
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ x ____	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI ____ x ____ NO ____		

16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración			
Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente
		x	

17. FIRMA DEL COLABORADOR		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO	Rocio Tobar A.	19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO	 Cristian Porras Q. Formación y Desarrollo
---------------------------	--	--	----------------	---	--