| 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: | ANA ELIZABETH CASTRO PACHON | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 39741989 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | elicp01@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3673466 | | |
| 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 | 24083931220 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5486 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1103 | FECHA | 2026-05-12 10:23:53.000 | NÚMERO DE CRP | 20952 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3 | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-05-01 | | 2026-05-31 | | | |
| 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: | $43,063,974 |
| VALOR EJECUTADO | $43,063,974 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5,420,272 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9504696180 | $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 Mayo 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

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 |
|---|---|---|
| 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 | 34 CCIONES DE SEGUIMIENTO PRESENCIALES ALUSIVAS A SESIONES DE ACUERDO A LO REGISTRADO EN LA MATRIZ PSICOSOCIAL | FICHAS PAP010 PAP 020 Y PAP 030, EN MEDIO DIGITAL, MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL PAPSIVI DEFINIDA POR LA SDS/MATRIZ DE INDICADORES POR CICLO POR ORIENTACIÓN TEMÁTICA Y/O APLICATIVO WEB SDS, MSPS. |
| 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 Secretaria Distrital de Salud | DILIGENCIAR MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL DE ACUERDO A LA INFORMACION DE CADA CASO | HACER ENTREGA DE LA MATRIZ DILIGENCIADA A COORDINACIÓN, ACTA DE FOCLAIZACION |
| 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 | MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL, MATRIZ DE DIALOGO DE SABERES, MATRIZ DE ALTA CONSEJERIA | MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL, MATRIZ DE DIALOGO DE SABERES, MATRIZ DE ALTA CONSEJERIA |
| 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. | REUNICONES CONVOCADAS POR LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE | LISTADO DE ASISTENCIA |
| Asistir a las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas programadas | FORTALECIMIENTO TECNICO 13/05/2026 | LISTADO DE ASISTENCIA |
| Participar en las jornadas de cuidado emocional convocadas, orientadas a la descarga emocional vinculado al proceso. | CUIDADO EMOCIONAL 13/05/2026 | LISTADO 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 | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR |
| 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 | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR |
| 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 | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR |
| 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 PERIODO A CERTIFICAR | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR |
| 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 | PORTAR CARNET Y CHAQUETA E INSUMO | PORTAR CARNET Y CHAQUETA E INSUMO |
| Acompañamiento 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 | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR |
| 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 | ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD | FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD |
| Apoyar la ejecución de las jornadas y actividades que se requieran ante eventualidades o eventos de interés en salud pública | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR |
| 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 PERIODO A CERTIFICAR | NO APLICA PARA PERIODO A CERTIFICAR |

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

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 39741989 | | CASTRO PACHON ANA ELIZABETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 69 G# 70-35 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3205819826 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 9504696180 | 9504696180 | I | 2026/05/25 | 2026/05/14 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $670,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $2,168,109 | $346,900 | | | $2,168,109 | $271,100 | | | $0 | $0 | | | $2,168,109 | $52,900 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,168,109 | $346,900 | | | $2,168,109 | $271,100 | | | $0 | $0 | | | $2,168,109 | $52,900 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,168,109 | $346,900 | | | $2,168,109 | $271,100 | | | $0 | $0 | | | $2,168,109 | $52,900 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 39741989 CASTRO ANA | 25-14 | 30 | $2,168,109 | $346,900 | EPS037 | 30 | $2,168,109 | $271,100 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $2,168,109 | $52,900 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $2,168,109 | $346,900 | | | $2,168,109 | $271,100 | | | $0 | $0 | | | $2,168,109 | $52,900 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 39741989 | | CASTRO PACHON ANA ELIZABETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 69 G# 70-35 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3205819826 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 9504696180 | 9504696180 | I | 2026/05/25 | 2026/05/14 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $670,900 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $346,900 | $0 | $0 | $346,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $346,900 | $0 | $0 | $346,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $52,900 | $0 | $0 | $52,900 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $52,900 | $0 | $0 | $52,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $271,100 | $0 | $0 | $271,100 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $271,100 | $0 | $0 | $271,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $670,900 | $0 | $0 | $670,900 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR**

**OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ANA ELIZABETH CASTRO PACHON**

**C.C 39741989 DE UBATÉ, CUNDINAMARCA**

La suma de (CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS)($5.420.272), por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO- 3 en el **Contrato No. 8295757-2025** durante el periodo del 01 de mayo al 31 de mayo de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5486-2025



**ANA ELIZABETH CASTRO PACHÓN**

**C.C39.741.989 DE UBATÉ CUNDINAMARCA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24083931220**

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

Norma Lucia Tobo Pedraza.

**Norma Lucia Tobo Pedraza**
**Coordinador Modalidad – individual.**
**Apoyo a la supervisión**
**Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)**