

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MARIA CAMILA TORRES ROMERO					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1032476138		
CORREO ELECTRONICO:	camilatorres.r9@gmail.com			CELULAR:	6019055893		
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		66600030141			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		5601		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1103	FECHA	2026-05-12 10:23:53.000	NÚMERO DE CRP	21513	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 repercute 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	\$5,420,272
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$5,420,272
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$37,819,116
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	13%

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
78170272	\$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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. 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.	IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO: SE REALIZA SESION DE APERTURA DE ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE 5 ORGANIZACIONES, DE 1. LOS POWER, 2. BEN 10, 3. LOS CEREZOS, 4. COMUNITARIO LA GIRALDA, 5. LUZ DE ESPERANZA. SE REALIZA SEGUNDA SESIÓN DE 1. LOS POWER Y 2. BEN 10	FOCALIZACIÓN, PAP 010 - PAP 020
2. 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 DIGITALIZACION DE ACTIVIDADES EN APLICATIVO POR CADA PARTICIPANTE DE LAS 5 ORGANIZACIONES APERTURADAS HASTA EL MOMENTO	APLICATIVO Y MATRIZ DIGITALIZADO
3. 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.	"COMPLETAR LA MATRIZ DE ARTICULACIÓN Y/O ACTIVACIÓN DE RUTAS"	"MATRIZ DE ARTICULACIÓN Y/O ACTIVACIÓN DE RUTAS"
4. 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	"ASISTIR A LAS JORNADAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO "	ACTA DE ASISTENCIA
"5. Asistir a las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas programadas "	"ASISTENCIA A LA JORNADA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS. 12/05/2026"	ACTA DE ASISTENCIA
"6. Participar en las jornadas de cuidado emocional convocadas, orientadas a la descarga emocional vinculado al proceso. "	"ASISTENCIA A LA JORNADA DE CUIDADO EMOCIONAL. 12 /05/2026"	ACTA DE ASISTENCIA
"7. 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. "	"ASISTENCIA AL DÍA PUNTO EN EL CENTRO DE ENCUENTRO DE CHAPINERO. EL DÍA 22/05/2026 "	RELATORIA Y FOCALIZACIÓN. DIA PUNTO.
"8. 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 APLCA PARA ESTE MES	ACTA DE ASISTENCIA
9. 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.	"REALIZAR LOS APORTES CORRESPONDIENTES PARA EL INFORME MENSUAL DE LA MODALIDAD COMUNITARIA "	INFORME MENSUAL
10. 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 APLCA PARA ESTE MES	MATRIZ DE IDENTIFICACION DE RESULTADOS E IMPACTOS
11. 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 APLCA PARA ESTE MES	ACTA DE ASISTENCIA
12. 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.	REALIZAR LOS APORTES CORRESPONDIENTES	INFORME MENSUAL
13. 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	REALIZAR LOS APORTES CORRESPONDIENTES	INFORME MENSUAL
14. Apoyar la ejecución de las jornadas y actividades que se requieran ante eventualidades o eventos de interés en salud pública.	NO APLCA PARA ESTE MES	ACTA DE ASISTENCIA
15. 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.	SE LIDERA ESTUDIO DE CASO DEL MES DEL EQUIPO PSICOSOCIAL DE LA MODALIDAD COMUNITARIA	ACTA DE ASISTENCIA

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032476138	MARIA CAMILA TORRES ROMERO		cil 22j No.107-06	9055893	camilatordes.r9@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
		78170272	15/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$672.500	

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	271.100	0		0		0	3	600	0	271.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	346.900	0	0	0	0	3	800	0	347.700	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	52.900				52.900	3	200	53.100			529	53.100	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

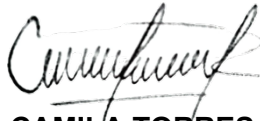
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	271.100	271.700
Pensión	1	346.900	347.700
Riesgos Laborales	1	52.900	53.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	670.900	672.500

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

DEBE A:
MARIA CAMILA TORRES ROMERO

C.C 1032476138 DE BOGOTA

La suma de (Cinco millones cuatrocientos veinte mil doscientos setenta y dos) (5.420.272), por concepto de servicios como profesional universitario en el **Contrato No. 8295757-2025**, durante el periodo de 1 de mayo al 31 de mayo 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 5601-2025



MARIA CAMILA TORRES ROMERO
CC 1032476138 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS DEL BANCO BANCOLOMBIA
NUMERO 666 000301-41

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



MARIA FERNANDA QUIÑONEZ MOGOLLON
Coordinador Modalidad Comunitaria
Apoyo a la supervisión
Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)