

**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:                     |                        | ANDREA JOHANA ZURAY BERNAL BERNAL |     |                 |            |    |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          | C.C                    | X                                 | C.E | No.             | 1013673367 |    |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         | ajbernalb@unal.edu.co  |                                   |     | CELULAR:        | 3106236271 |    |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                        |                                   |     | SUBRED          |            |    |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                        |                                   |     | 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                   |                        | 24101924531                       |     |                 | PENSIONADO | NO |  |

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

|                    |      |       |                            |               |                            |
|--------------------|------|-------|----------------------------|---------------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7102 |       | VIGENCIA                   | 2025          |                            |
| NÚMERO DE CDP      | 1103 | FECHA | 2026-05-12<br>10:23:53.000 | NÚMERO DE CRP | 21070                      |
|                    |      | FECHA |                            |               | 2026-05-28<br>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: | \$39,555,707 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$39,555,707 |
| 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 74909545           | \$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.

| 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 elaboraron y diligenciaron los soportes correspondientes a las sesiones realizadas, utilizando los formatos PAP030, PAP010 Y ANALISIS DE CONTEXTO Se realizó el proceso de focalización correspondiente al mes de mayo. (2 focalizaciones) " | "PAP030 - PAP010 Y ANALISIS DE CONTEXTO- MIS PEQUEÑOS ANGELITOS PAP030 - PAP010 Y ANALISIS DE CONTEXTO - VALIENTES PAP030 - PAP010 Y ANALISIS DE CONTEXTO- JUNT@S POR LOS DERECHOS PAP030 - PAP010 ANALISIS DE CONTEXTO- RESIELIENTES Y GUERRERAS MATRIZ DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL MAYO A AGOSTO 2026 MATRIZ DE FOCALIZACIÓN MAYO A AGOSTO 2026 ACTA DE FOCALIZACIÓN JAC SIERRA MORENA ACTA DE FOCALIZACIÓN BARRIO JUAN PABLO " |
| 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 realizó el cargue de la información de los procesos de atención en la matriz de atención psicosocial, la matriz de focalización y los correspondientes formatos de las acciones realizadas.  | "MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL COMUNITARIO MAYO - AGOSTO 2026 MATRIZ DE FOCALIZACIÓN COMUNITARIO MAYO - AGOSTO 2026 "  |
| 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.   | No aplica para el presente caso   | No aplica para el presente 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 participó de jornada de estudio de caso en la La Casa del florero y la Biblioteca pública de Fontibón el día 21 de mayo de 2026"   | "21-05-2026 FORMATO ACTA DE ASISTENCIA"   |
| Asistir a las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas programadas.  | Se asistió a jornada de fortalecimiento Estrategias Diferenciales, modalidad comunitaria el día 12 de mayo de 2026 en el Centro de Atencion Integral a la Diversidad Sexual y de Generos Sebastian Romero   | " 12-05-2026 FORMATO ACTA DE ASISTENCIA "   |
| Participar en las jornadas de cuidado emocional convocadas, orientadas a la descarga emocional vinculado al proceso.  | Se participó de la jornada mensual de autocuidado, realizada el día miércoles 12 de mayo de 2026 en el Centro de Atencion Integral a la Diversidad Sexual y de Generos Sebastian Romero   | 12-05-2026 FORMATO ACTA 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  | Se ejecutó jornada de atención en Día Punto con sus respectivas actividades el día 20 de mayo de 2026   | 20.05.2025 ANDREA BERNAL BERNAL- RELATORIA DIALOGO DE SABERES   |
| 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 el presente caso   | No aplica para el presente caso   |
| 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 elaboraron y diligenciaron los soportes correspondientes a las sesiones realizadas, utilizando los formatos PAP030, PAP010 Y ANALISIS DE CONTEXTO Se realizó el proceso de focalización correspondiente al mes de mayo. (2 focalizaciones) " | "PAP030 - PAP010 Y ANALISIS DE CONTEXTO- MIS PEQUEÑOS ANGELITOS PAP030 - PAP010 Y ANALISIS DE CONTEXTO - VALIENTES PAP030 - PAP010 Y ANALISIS DE CONTEXTO- JUNT@S POR LOS DERECHOS PAP030 - PAP010 ANALISIS DE CONTEXTO- RESIELIENTES Y GUERRERAS MATRIZ DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL MAYO A AGOSTO 2026 MATRIZ DE FOCALIZACIÓN MAYO A AGOSTO 2026 ACTA DE FOCALIZACIÓN JAC SIERRA MORENA ACTA DE FOCALIZACIÓN BARRIO JUAN PABLO " |
| 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 el presente caso   | No aplica para el presente caso   |
| 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 el presente caso   | No aplica para el presente caso   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 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 portó el carnet institucional en todas las jornadas realizadas de atención psicosocial y demás relacionadas con el funcionamiento interno del programa.   | Se porta de manera adecuada los insumos de identificación |
| 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 diligenció la actualización del acuerdo de confidencialidad que salvaguarda continuamente los datos recolectados y sistematizados de las personas con las que se realiza el proceso de atención psicosocial. Se realiza el día 8 de abril de 2026 | 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 el presente caso  | No aplica para el presente caso                           |
| 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 participó en jornada de revisión de productos el día 26 de mayo de 2026.   | 26-05-2026 FORMATO 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                | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 1013673367        | ANDREA JOHANA ZURAY BERNAL BERNAL | Calle 39 sur # 52 b 15 | 3106236271   | ajbernalb@unal.edu.co |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO                 | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO    |                                     |
| ÚNICA               | I - Independiente |                                   |                        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.          | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 74909545        | 11/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$0                      | \$670.900          |              |

## 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 | 271.100                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 271.100       | 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                         | 0         | 0                     |                | 346.900       | 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                | 0         | 0                     | 52.900              |                            |                     | 529               | 52.900        | 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 |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 271.100                             | 271.100        |
| Pensión                | 1                              | 346.900                             | 346.900        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 52.900                              | 52.900         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>670.900</b>                      | <b>670.900</b> |



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

**DEBE A:**

**ANDREA JOHANA ZURAY BERNAL BERNAL**  
**C.C 1013673367 DE BOGOTÁ**

La suma de (CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS)(5.420.272), por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO III en el **Contrato No. 8295757-2025**, durante el periodo de 1 de mayo al 31 de mayo de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7102-2025



**ANDREA JOHANA ZURAY BERNAL BERNAL**

**C. C. 1.013.673.367 DE BOGOTÁ**  
**CUENTADE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**  
**NUMERO 24101924531**

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

  
**MARIA FERNANDA QUIÑONES**

---

**Coordinador Modalidad Comunitaria**  
**María Fernanda Quiñones Mogollón**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)**