

**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:		Jessica Alejandra Sanchez Leal					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1012336021		
CORREO ELECTRONICO:	jessica.sanchezl@outlook.com			CELULAR:	6019275323		
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		10039938257			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7105			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1103	FECHA	2026-05-12 10:23:53.000	NÚMERO DE CRP	21075	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:	\$39,555,707
VALOR EJECUTADO	\$39,029,272
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$5,420,272
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$526,435
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
76227364	\$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
<p>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.</p>	<p>1. SE REALIZÓ REUNIÓN CON LA COORDINACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CON EL FIN DE DAR CLARIDADES FRENTE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS CIUDADANOS Y DE ESA MANERA PODER HACER LA REVISIÓN RETROSPECTIVA 2. SE REALIZA LA REVISIÓN RETROSPECTIVA PARA LA MODALIDA FAMILIAR Y SE DILIGENCIA EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO - DEL EQUIPO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS – PAPSIVI COMO PARTE DEL PROCESO DE AUDITORIA. 3. SE REALIZA LA REVISIÓN RETROSPECTIVA PARA LA ESTRATEGIA PAZ Y RECONCILIACION Y SE DILIGENCIA EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO - DEL EQUIPO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS – PAPSIVI COMO PARTE DEL PROCESO DE AUDITORIA.</p>	<p>1. DOCUMENTO WORD CON LOS LINK QUE TIENE EL CONTENIDO SOLICITADO. 2. FORMATO LISTA DE CHEQUEO - DEL EQUIPO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS – PAPSIVI COMO PARTE DEL PROCESO DE AUDITORIA. 3. FORMATO LISTA DE CHEQUEO - DEL EQUIPO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS – PAPSIVI COMO PARTE DEL PROCESO DE AUDITORIA.</p>
<p>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 Secretaria Distrital de salud, conforme a las condiciones técnicas requeridas de manera semanal.</p>	<p>SE REALIZA CARGUE DEL FORMATO LISTA DE CHEQUEO - DEL EQUIPO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS – PAPSIVI COMPLETAMENTE DILIGENCIADO EN CADA UNA DE LAS MODALIDADES Y ESTRATEGIAS REVISADAS PARA EL PERIODO SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2025</p>	<p>FORMATO LISTA DE CHEQUEO - DEL EQUIPO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS – PAPSIVI COMPLETAMENTE DILIGENCIADO EN CADA UNA DE LAS MODALIDADES Y ESTRATEGIAS REVISADAS PARA EL PERIODO SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2025</p>
<p>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.</p>	<p>ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, TODA VEZ QUE NO SE REALIZÓ REPORTE DE CASOS DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.</p>	<p>ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, TODA VEZ QUE NO SE REALIZÓ REPORTE DE CASOS DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.</p>
<p>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.</p>	<p>SE PARTICIPÓ DE LA REUNIÓN DE EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN REALIZADA EL 28 DE MAYO CON EL FIN DE UNIFICAR CRITERIOS PARA LA PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN RETROSPECTIVA PARA EL PERIODO SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2025</p>	<p>REGISTRO DE LA INFORMACION EN EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO EN EL QUE SE REFLEJA LA REVISIÓN TÉCNICA Y HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL MARCO DE LAS MODALIDADES Y ESTRATEGIAS DEL PAPSIVI.</p>
<p>5. Asistir a las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas programadas</p>	<p>ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO</p>	<p>ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO</p>
<p>6. Participar en las jornadas de cuidado emocional convocadas, orientadas a la descarga emocional vinculado al proceso.</p>	<p>ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON JORNADAS DE CUIDADO EMOCIONAL DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.</p>	<p>ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON JORNADAS DE CUIDADO EMOCIONAL DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.</p>
<p>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.</p>	<p>ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON METODOLOGÍAS PARA DIÁLOGOS DE SABERES DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.</p>	<p>ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REALIZARON METODOLOGÍAS PARA DIÁLOGOS DE SABERES DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.</p>

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	ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, YA QUE NO SE SOLICITÓ REALIZAR CONVOCATORIA A JORNADAS DE SENSIBILIZACIÓN, SOCIALIZACIÓN, DIVULGACIÓN O CONMEMORACIÓN DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, YA QUE NO SE SOLICITÓ REALIZAR CONVOCATORIA A JORNADAS DE SENSIBILIZACIÓN, SOCIALIZACIÓN, DIVULGACIÓN O CONMEMORACIÓN DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.
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.	SE REMITEN LOS INSUMOS TÉCNICOS, DE ACUERDO CON LAS ACCIONES DESARROLLADAS POR CADA MODALIDAD Y ESTRATEGIA, PARA LA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DEL COMPONENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI	INSUMOS TÉCNICOS CONSOLIDADOS Y ENTREGADOS PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME MENSUAL (O FRACCIÓN DE MES) Y DEL INFORME FINAL DEL COMPONENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI Y/O DE LAS ESTRATEGIAS DIFERENCIALES ASIGNADAS, GARANTIZANDO CALIDAD, PERTINENCIA Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA.
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.	ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, YA QUE NO SE REQUIRIÓ EL DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN POR PARTE DE LA PROFESIONAL DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, YA QUE NO SE REQUIRIÓ EL DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN POR PARTE DE LA PROFESIONAL DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.
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.	ESTA ACTIVIDAD NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REQUIRIÓ EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PROFESIONAL DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.	ESTE PRODUCTO NO APLICA PARA EL PERIODO EVALUADO, DADO QUE NO SE REQUIRIÓ EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PROFESIONAL DURANTE EL MES CORRESPONDIENTE.
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.	LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL SE PORTAN DE MANERA PERMANENTE EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL SE PORTAN DE MANERA PERMANENTE EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.
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	SE ASUMEN LAS RESPONSABILIDADES FRENTE A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS A LOS QUE SE TIENE ACCESO	SE ASUMEN LAS RESPONSABILIDADES FRENTE A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS A LOS QUE SE TIENE ACCESO
14. Apoyar la ejecución de las jornadas y actividades que se requieran ante eventualidades o eventos de interés en salud pública.	PARA EL PERIODO SEÑALADO NO SE REQUIRIÓ APOYO A LAS JORNADAS Y ACTIVIDADES A LA PROFESIONAL.	PARA EL PERIODO SEÑALADO NO SE REQUIRIÓ APOYO A LAS JORNADAS Y ACTIVIDADES A LA PROFESIONAL.
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	DURANTE EL PERIODO CORRESPONDIENTE SE CUMPLE CON TODAS LAS ACTIVIDADES, CAPACITACIONES Y DEMÁS ACCIONES SOLICITADAS DESDE LA COORDINACIÓN	DURANTE EL PERIODO CORRESPONDIENTE SE CUMPLE CON TODAS LAS ACTIVIDADES, CAPACITACIONES Y DEMÁS ACCIONES SOLICITADAS DESDE LA COORDINACIÓN

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012336021	JESSICA ALEJANDRA SANCHEZ LEAL	CALLE 71 A SUR No 78 C 30	3045234940	ysiksas@hotmail.com	
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
		76227364	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$831.600	

## 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	336.000	0		0		0	0	0	0	336.000	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	430.100	0	0	0	0	0	0		430.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	65.500				65.500	0	0	65.500			655	65.500	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	336.000	336.000
Pensión	1	430.100	430.100
Riesgos Laborales	1	65.500	65.500
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>831.600</b>	<b>831.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012336021	JESSICA ALEJANDRA SANCHEZ LEAL	CALLE 71 A SUR No 78 C 30	3045234940	ysiksan@hotmail.com	
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
		76227364	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$831.600	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonera	ING	RET	TDE	TPE	TTP	TSP	TSP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	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 1012336021	SANCHEZ LEAL JESSICA ALEJANDRA	59	0				N															25-14	2.688.000	30	430.100	0	0	0	0	EPS008	2.688.000	30	336.000	14-23	2.688.000	30	3	65.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA