

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                     |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                     |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                     |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | LEIDY JOHANNA RUIZ RODRIGUEZ        |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                 | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1013606222 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | leidyjohanna2807@gmail.com          |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3219469402 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                     |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | TRABAJO SOCIAL OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10001           | 100                      |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                     |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 7590415993                          |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 528                      |                                     |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2262              | FECHA                    | 2023-09-28 16:14:17.000             | NÚMERO DE CRP       | 45225                            | FECHA         | 2023-09-29 13:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | TRABAJADOR SOCIAL        |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                               | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                     | 2023-08-01          |                                  |               | 2023-08-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                     | \$3,688,938         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                          |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                     |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                     |                     |                                  | \$25,822,566  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                     |                     |                                  | \$25,822,566  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                     |                     |                                  | \$3,688,938   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                     |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                     |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                     |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 1056743645                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,475,575       | \$184,447                | \$236,092                           | 3                   | \$35,945                         | \$456,484     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |                   |                          |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| MARCELA CASTELLANOS CABRERA<br>39788222<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                         | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar la revista diaria a los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización y urgencias, identificando la situación socioeconómica que permita la intervención de los casos que así lo ameriten | Se realiza acompañamiento a los usuarios que ingresaron al servicio de urgencias / hospitalización de las áreas Ginecoobstetricia, Pediatría, Hospitalización Hombre y mujeres, dando respuesta a sus necesidades y expectativas de servicio, educacionales y administrativas, además de la socialización de temas de derechos, deberes en salud, mecanismos de escucha, estrategia Hablemos, entre otros. | 150 pacientes reportados en historia clínica trabajo social, Revista social censo cama a cama 2800                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Intervenir en las situaciones sociales y familiares que inciden en el proceso de salud enfermedad de los pacientes.                                                                                                | Realiza intervención de Trabajo Social a usuario(a)s que presenta situaciones a nivel psicosocial, movilizando red de apoyo (familiar, institucional y legal).                                                                                                                                                                                                                                             | se realizan orientaciones en aplicativo si cuentanos bogota 10, verificación de derechos en Adres 150, Comprobador de derechos 150 y Dnp 150, Historia Social 50, intervenciones psicosociales en usuarios que tienen situaciones familiares que afectan atención en salud 150, redes de apoyo familiar 150.                                                                         |
| Realizar verificación de derechos en salud de los pacientes e identificar la vulnerabilidad en caso de que aplique.                                                                                                | Realizar validación de Derechos en páginas de comprobadores (ADRES, WEB SDS, DNP). Realizar Estudio de Caso a población de nivel 3 de SISBEN o población extranjera o sin de capacidad económica.                                                                                                                                                                                                          | verificación de derechos en Adres 150, Comprobador de derechos 150 y Dnp 150, ESC 30, afiliaciones SAT 5, afiliación de oficina secretaria distrital de salud 2, trámite de oxígeno domiciliario 0, pacientes particulares que ingresan sin seguridad social en salud 50, Reporte en Historia clínica de 50 pacientes y su respectivo formato de direccionamiento según sea el caso. |
| Elaborar Estudio Social de Caso de los pacientes en los casos que se requiera.                                                                                                                                     | Realizar validación de Derechos en páginas de comprobadores (ADRES, WEB SDS, DNP). Realizar Estudio de Caso a población de nivel 3 de SISBEN o población extranjera o sin capacidad económica.                                                                                                                                                                                                             | Realizar estudio social de caso por comprobador de derechos de la secretaria distrital de salud 30.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Socializar derechos y deberes de los pacientes.                                                                                                                                                                    | Revista de trabajo social e informes de derechos y deberes en salud, lectura de necesidades y expectativas                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Reporte en Historia clínica de 150, pacientes e informe de derechos y deberes en salud 20, necesidades y expectativas.                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Orientar al usuario y su familia a los programas de Promoción y Detección Temprana en los casos que se requiera.                                                                                                   | Identificar las diferentes necesidades o expectativas de los usuarios en los diferentes servicios de atención de la subred suroccidente para dar respuesta a las mismas demanda inducida.                                                                                                                                                                                                                  | Historia social 50, evolución historia social 50, informe de identificación de necesidades y expectativas demanda inducida a los diferentes servicios 50                                                                                                                                                                                                                             |
| Identificar los factores de riesgo que inciden en la condición de salud - enfermedad del paciente en lo económico y socio familiar.                                                                                | Realiza intervención de Trabajo Social a usuario(a)s que presenta situaciones a nivel psicosocial, movilizando red de apoyo (familiar, institucional y legal).                                                                                                                                                                                                                                             | Reporte en 150 Historia clínica del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Alimentar permanentemente los sistemas de información: Historia Clínica, Estudio Social de Caso en línea, barreras de acceso y los que se encuentren a su cargo.                                                   | Aplicar información en los diferentes sistemas de información en el comprobador de derechos, historia clínica, aplicativo (SI cuentanos bogota)                                                                                                                                                                                                                                                            | 150 usuarios registrados en historia clínica, comprobador de derechos 150, aplicativo si cuentanos bogota 10                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Activación de redes de apoyo familiar, intersectorial que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes a cargo.                                                                                             | Realiza intervención de Trabajo Social a usuario(a)s que presenta situaciones a nivel psicosocial, movilizando red de apoyo (familiar, institucional y legal).                                                                                                                                                                                                                                             | se realizan 50 intervenciones psicosociales en usuarios que tienen situaciones familiares que afectan atención en salud, comisaría de familia 0, ICBF 3, SDIS 2.                                                                                                                                                                                                                     |
| Activación de rutas para el reporte de casos de violencia, abuso sexual, suicidio, abandono social, entre otras patologías sociales que identifique durante la atención en salud.                                  | activación de ruta para código blanco, intervención en casos de violencia, fichas de notificación sivism, sisvecos, matriz de abandonos sociales, entre otras patologías del paciente.                                                                                                                                                                                                                     | realizar fichas de notificación sivism 10, sisvecos 1, 150 reportes en historia clínica de las actividades realizadas, icbf 30, apoyo espiritual 0, atención en duelo 0.                                                                                                                                                                                                             |
| elaboración oportuna de informe mensual con el reporte de actividades.                                                                                                                                             | realizar informe mensual, y lectura de Necesidades y Expectativas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1 Informe mensual de actividades y 110 lectura de Necesidades y Expectativas, informe sat 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los procesos, procedimientos y lineamientos establecidos por la Subred.                                                                                    | Cumplir con las normas y procedimientos establecidos, en los manuales y reglamentos de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | se realiza revista social 2800 pacientes, cumpliendo con todos los protocolos de bioseguridad gorro 1, bata 1, polainas 0, pantalón quirúrgico 0.                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la dependencia.                                                                   | Asistir a las diferentes reuniones programadas en la subred suroccidente para actualización o fortalecimiento de competencias y reuniones en los espacios institucionales o externos. | 1 reunion trabajo social.                                                                                                                |
| Todas las demás actividades que le sean designadas por el supervisor del contrato y las que se deriven de la intervención profesional. | socializar con primer contacto el proceso de atencion al ciudadano derechos y deberes y dialogo de intervencion desde su lugar de trabajo.                                            | revista social 2800, socializacion de derechos y deberes 10, atencion en duelo 0, apoyo espiritual 0, tramite de oxigeno domiciliario 0. |

MARCELA CASTELLANOS CABRERA  
39788222  
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