

|                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |                     |               |  |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---------------------|---------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div> |  |  |  |  | Versión             | 3             |  |  <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div> |
|                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |  |                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  | Código:             | 04-02-FO-0002 |  |                                                                                                                              |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|                                             |                 |                   |                                                                   |   |                 |          |            |            |    |
|---------------------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---|-----------------|----------|------------|------------|----|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                 |                   | ELIA ESMERALDA CAMACHO GUANA                                      |   |                 |          |            |            |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 |                   | C.C                                                               | X | C.E             | No.      |            | 1072650007 |    |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 |                   | eliacamacho35@gmail.com                                           |   |                 | CELULAR: |            | 3017304535 |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |                   |                                                                   |   |                 | SUBRED   |            |            |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 |                   | U C S ATENCION DOMICILIARIA SALUD MENTAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY |   |                 | SEDE:    |            | SUBRED     |    |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %                 |                                                                   |   |                 |          |            |            |    |
|                                             | KE10V07-14      | 100               |                                                                   |   |                 |          |            |            |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |                 | BBVA COLOMBIA S.A |                                                                   |   | TIPO DE CUENTA: |          | AHORRO     |            |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 |                   | 46164174                                                          |   |                 |          | PENSIONADO |            | NO |

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

|                             |     |                   |                         |                     |          |             |                         |  |  |
|-----------------------------|-----|-------------------|-------------------------|---------------------|----------|-------------|-------------------------|--|--|
| NÚMERO DE CONTRATO          |     | 6477              |                         |                     | VIGENCIA |             | 2023                    |  |  |
| NÚMERO DE CDP               | 685 | FECHA             | 2024-02-28 16:09:48.000 | NÚMERO DE CRP       | 19139    | FECHA       | 2024-02-29 13:00:00.000 |  |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:        |     | TRABAJADOR SOCIAL |                         |                     |          |             |                         |  |  |
| PERIODO CERTIFICADO:        |     | DESDE             | FECHA INICIAL           |                     | HASTA    | FECHA FINAL |                         |  |  |
|                             |     |                   | 2024-02-01              |                     |          | 2024-02-29  |                         |  |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |     |                   |                         | \$3,355,477         |          |             |                         |  |  |
| 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: | \$20,132,862 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$18,906,125 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$3,355,477  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$1,226,737  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 94%          |

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 |
| 9461736461         | \$1,342,191       | \$167,774                | \$214,751              | 3         | \$32,696   | \$415,220     |

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VANESSA MORALES HOYONES  
52078629  
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                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar las actividades clínicas de orientación al paciente, su familia y a comunidad en cuanto al concepto con relación a la pertinencia de su profesión                                                                                                                                                                                           | Realización de valoraciones y orientaciones a los pacientes, familias y comunidad de los casos atendidos a solicitud del CRUE        | Historia clínica                                                                                             |
| Promover el proceso de registro y captura adecuada de información para gestionar un adecuado servicio al ciudadano                                                                                                                                                                                                                                   | Realización, verificación y entrega de historias clínicas y demás formatos del programa de salud mental y violencia contra la mujer  | Historia clínica, formatos de consentimiento, disenso y solicitudes de interconsultas                        |
| Apoyar el Sistema de Quejas y Soluciones (SDQS) y los demás requeridos para el funcionamiento de la política del servicio al ciudadano                                                                                                                                                                                                               | N/A                                                                                                                                  | N/A                                                                                                          |
| Garantizar la entrega oportuna de reportes e informes de avances sobre actividades asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                        | Realizar la entrega de los reportes e informes sobre los avances de las actividades asignadas                                        | Reportes e informes de los avances sobre las actividades asignadas.                                          |
| Realizar (autocontrol) control interno sobre sus actividades propias                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Realizar el proceso de autocontrol de las actividades propias                                                                        | Control interno en las actividades propias propuestas por la Subred                                          |
| Brindar respuesta oportuna y seguimiento a usuarios con Barreras de Acceso a los servicios de salud                                                                                                                                                                                                                                                  | Generar las respuestas oportunas y los seguimientos correspondientes a los usuarios que presentan barreras de acceso a salud.        | Respuestas oportunas y seguimientos a los usuarios que presentan barreras de acceso a salud.                 |
| Realizar las actividades de orientación, apoyo en conjunto con psicólogo de acuerdo a los casos asignados por el CRUE según su condición clínica.                                                                                                                                                                                                    | Generar las respuestas oportunas y los seguimientos correspondientes a los usuarios que presentan barreras de acceso a salud         | Respuestas oportunas y seguimientos a los usuarios que presentan barreras de acceso a salud                  |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                                                                                                          | Brindar actividades de orientación en trabajo conjunto con psicología en los casos asignados por el CRUE.                            | Trabajo interdisciplinario con psicología para la atención y orientación de los casos asignados por el CRUE  |
| Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios del programa de salud mental (Historia Clínica de valoración, formatos, consentimiento y desistimiento de valoración, cadena de custodia, interconsulta, fórmula médica etc.) los registros se deben realizar en el sistema asignado inmediatamente sea valorado el paciente | Brindar actividades de orientación en trabajo conjunto con psicología en los casos asignados por el CRUE.                            | Trabajo interdisciplinario con psicología para la atención y orientación de los casos asignados por el CRUE. |
| Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación                                                                                              | Dar cumplimiento a todas las disposiciones legales y éticas en el manejo de las historias clínicas                                   | Historias clínicas                                                                                           |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Realización, verificación y entrega de historias clínicas y demás formatos del programa de salud mental y violencia contra la mujer. | Historia clínica, formatos de consentimiento, disenso y solicitudes de interconsultas.                       |

VANESSA MORALES HOYONES  
52078629  
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