Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA HERNANDEZ TELLEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52345499	
CORREO ELECTRONICO:	johatellez2023@gmail.com				CELULAR:	6877110 - 3162259322	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ESPACIO TRABAJO FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03K28	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	5770095155				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	803			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1123	FECHA	2024-04-25 16:46:56.000	NÚMERO DE CRP	24524	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TRABAJADOR SOCIAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-03-01		2024-03-31			
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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11,066,814
VALOR EJECUTADO	$7,377,876
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,688,938
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,688,938
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
1742144983	$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 Marzo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar la revista diaria a los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización y urgencias identificando la situación socio económica que permita la intervención de los casos que así lo ameriten.	• Revista social • Estrategia "Estamos Contigo" • Interconsulta por patología social • Afiliación SAT • Realización formulario de No afiliación (cuando no deja generar afiliación por SAT (Envío a Secretaria de Salud)	15 12 30 9 3
Intervenir en las situaciones sociales y familiares que inciden en el proceso de salud enfermedad de los pacientes.	• Maltrato • Intervención en duelo • Código Blanco • Conductas Suicidas	1 1 2 0
Realizar verificación de derechos en salud de los pacientes e identificar la vulnerabilidad en caso de que aplique.	• Realizar verificación de derechos en salud de los pacientes e identificar la vulnerabilidad	83
Elaborar Estudio Social de Caso de los pacientes en los casos que se requiera.	• Elaborar Estudio Social de Caso en línea • Elaborar Estudio Social de Caso en dinámica	22 6
Socializar derechos y deberes de los pacientes	• Socialización de derechos y deberes	45
Orientar al usuario y su familia a los programas de Promoción y Detección Temprana en los casos que se requiera.	• Cuidado de enfermedad • Cuidado del niño • Planificación familiar • Crecimiento y desarrollo • Notas de evolución	3 4 15 10 76
Identificar los factores de riesgo que inciden en la condición de salud - enfermedad del paciente en lo económico y socio familiar.	• factores de riesgo que inciden en la condición de salud - enfermedad del paciente en lo económico y socio familiar.	65
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.	• Elaboración de estudio social de caso en línea • Notas de evolución	22 76
Activación de redes de apoyo familiar, intra e intersectorial que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes a cargo.	• Notificación Ente Judicial (CAIBAS GEDES) • ICBF • Migración Colombia • Ubicación familiares	0 1 22 11
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.	• Notificación de Menor en abandono / maltrato infantil • Identificación Código Blanco • Diligenciamiento ficha SIVIM • Diligenciamiento ficha SISVECO y reporte gestión del riesgo • Seguimiento a paciente en condición de abandono Social • Seguimiento a paciente con intento de suicidio (pacientes menores de edad)	1 2 2 0 12 0
Elaboración oportuna de informe mensual con el reporte de actividades.	• informe mensual	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 procesos, procedimientos y lineamientos establecidos por la Subred.	1
Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la dependencia.	• Asistir a reuniones y capacitaciones programadas	1
Todas las demás actividades que le sean designadas por el supervisor del contrato y las que se deriven de la intervención profesional.	• Todas las demás actividades que le sean designadas por el supervisor del contrato y las que se deriven de la intervención profesional	1

Copia Certificada Subred Sur Occidente

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

JOHANNA HERNANDEZ TELLEZ
CC N. 52.345.499 DE BOGOTA

La suma de $ 3.688.938 (Tres millones seiscientos ochenta y ocho mil novecientos treinta y ocho pesos m/cte.)

Por concepto de: Prestación se servicios de salud como Trabajadora Social al ciudadana en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, durante el periodo de 01 al 31 de marzo del 2024 en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No. 803-2024.

JOHANNA HERNANDEZ TELLEZ

C.C. N. 52.345.499 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 005770095155

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52345499
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHANNA HERNANDEZ TELLEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 135 B N 110 B 09	TELÉFONO:	3053884
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**1742144983**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero	AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0038666238

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 236.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.100	$ 0	$ 236.100
SUBTOTALES:										**$ 236.100**	**$ 0**	**$ 236.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 184.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.500	$ 0	$ 0	$ 184.500
SUBTOTALES:													**$ 184.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 184.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 36.000	$ 36.000	$ 0	$ 0	$ 36.000
SUBTOTALES:									**$ 36.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 36.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP														
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																		ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52345499	HERNANDEZ TELLEZ JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.475.575				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.475.575	$ 236.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.100	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.475.575	$ 184.500	$ 0	$ 184.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.475.575	52345499	$ 36.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 456.600**