| 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: | A USU TRABAJO SOCIAL USS BOSA CENTRO | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO36O01 | 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 | 522 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000 | NÚMERO DE CRP | 6272 | FECHA | 2024-01-17 10:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TRABAJADOR SOCIAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-03-01 | | 2023-03-31 | | |
| 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: | $14,755,752 |
| VALOR EJECUTADO | $7,377,876 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,688,938 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $7,377,876 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 50% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7874509126 | $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 2023. 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<br>• Estrategia "Estamos Contigo"<br>• Interconsulta por patología social<br>• Afiliación SAT<br>• Realización formulario de No afiliación (cuando no deja generar afiliación por SAT (Envío a Secretaria de Salud) | 300<br>51<br>70<br>21<br>7 |
| Intervenir en las situaciones sociales y familiares que inciden en el proceso de salud enfermedad de los pacientes. | • Maltrato<br>• Intervención en duelo<br>• Código Blanco<br>• Conductas Suicidas | 8<br>2<br>7<br>2 |
| 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 | 166 |
| Elaborar Estudio Social de Caso de los pacientes en los casos que se requiera. | • Elaborar Estudio Social de Caso en línea<br>• Elaborar Estudio Social de Caso en dinámica | 26<br>12 |
| Socializar derechos y deberes de los pacientes | • Socialización de derechos y deberes | 42 |
| Orientar al usuario y su familia a los programas de Promoción y Detección Temprana en los casos que se requiera. | • Cuidado de enfermedad<br>• Cuidado del niño<br>• Planificación familiar<br>• Crecimiento y desarrollo<br>• Notas de evolución | 8<br>16<br>11<br>9<br>84 |
| 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. | 63 |
| 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<br>• Notas de evolución<br>• Sidma | 26<br>84<br>2 |
| 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)<br>• ICBF<br>• Migración Colombia<br>• Ubicación familiares | 7<br>15<br>26<br>16 |
| 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<br>• Identificación Código Blanco<br>• Diligenciamiento ficha SIVIM<br>• Diligenciamiento ficha SISVECO y reporte gestión del riesgo<br>• Seguimiento a paciente en condición de abandono Social<br>• Seguimiento a paciente con intento de suicidio (pacientes menores de edad) 0 | 8<br>7<br>18<br>2<br>0<br>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 Suroccidente

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 SUROCCIDENTE 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 de servicios de salud como Trabajadora Social durante el periodo de 1 al 31 de marzo 2023, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud n. 522-2023

**JOHANNA HERNANDEZ TELLEZ**

**C.C. N 52.345.499 de Bogotá**

**Cuenta de ahorros banco Davivienda**

**#5770095155**

Escaneado con CamScanner

# 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: | | **7874509126** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/03/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1969098747 |

**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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS 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 ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU 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**

Planilla Pagada