| 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: | GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52107606 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | baquerogovanna@gmail.com | | | | CELULAR: | 3124375099 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A USU TRABAJO SOCIAL USS FONTIBÓN | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO03O01 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 8400755164 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 541 | | | VIGENCIA | 2023 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 180 | FECHA | 2023-01-17 09:59:30.000 | NÚMERO DE CRP | 10184 | FECHA | 2023-01-31 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TRABAJADOR SOCIAL | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | | |
| | | 2023-02-01 | | 2023-02-28 | | | | |
| 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 | $3,688,938 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,688,938 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $11,066,814 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 25% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7864888684 | $1,361,222 | $170,153 | $217,796 | 3 | $33,159 | $421,108 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero 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 los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización y urgencias | • Se realiza la revista diaria los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización y urgencias para verificar dificultades socioeconómica que permita la intervención de los casos que así lo ameriten | • intervención de los casos que así lo ameriten y registro en historia clínica |
| Intervienir en las situaciones sociales y familiares que inciden en el proceso de salud enfermedad de los pacientes | • se interviene en las situaciones sociales y familiares que inciden en el proceso de salud enfermedad de los pacientes | • Registro de actividades en aplicativo y en bases de datos |
| verificar de derechos en salud de los pacientes en los diferentes comprobadores | • se realiza verificación de derechos en salud de los pacientes en las diferentes comprobadores | • seguimiento en Historia clínica Y correos enviados |
| Realizar estudios sociales de caso en línea | • Se realizan estudios sociales de caso en línea cuando el caso lo amerita | • estudios sociales de caso en línea comprobador de derechos, registro en historia clínica |
| socializar derechos y deberes a los usuarios y pacientes hospitalizados | • Se socializan derechos y deberes a los usuarios y pacientes hospitalizados se realiza registro | • Registro de actividades en bases y en Historia clínica |
| realizar orientación en los casos identificaos para diferentes programas de P Y D | • Se realiza orientación en los casos identificaos para diferentes programas de P Y D | • Registro en bases de datos y aplicativos, y en Historia clínica |
| verificar e identificar factores de riesgo que afecten la condición de salud del paciente y entorno familiar | • Se verifican e identifican factores de riesgo que afecten la condición de salud del paciente y entorno familiar | • Registro en Historia clínica y formatos destinados para tal fin |
| registrar actividades realizadas en los aplicativos ya bases de datos | • Se registran actividades realizadas en los aplicativos ya bases de datos | • Notas en Historia clínica , correos electrónicos y registro en aplicativos |
| activar rutas de atención en casos que se requiera | • Se activan rutas de atención en casos que se requiera | • Notificación a entes correspondientes, registro en historia clínica, fichas de notificación, reporte por correo electrónico a entes |
| realizar informe de actividades correspondientes al mes | • Se realiza informe de actividades correspondientes al mes | • reporte de actividades correspondientes al mes de febrero |
| realizar actividades acorde a las normas y lineamientos dados por la entidad | • Se realizan actividades acorde a las normas y lineamientos dados por la entidad | • se realizan las actividades siguiendo los lineamientos dados |
| acudir a las reuniones programadas | • se acude a las reuniones programadas | registró de asistencias |
| acatar las indicaciones en cuanto a actividades designadas por el supervisor del contrato | Se acatan las indicaciones en cuanto a actividades designadas por el supervisor del contrato y las que se deriven de la intervención profesional | • Ejecución de actividades asignadas |

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 FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA**

**C.C 52107606 DE BOGOTÁ**

La suma de $3.688.938 por concepto de: Prestación de servicios de salud como Trabajadora Social en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, durante el periodo del 01 al 28 de Febrero de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **541-2023**



**GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA**

**C.C: 52107606 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 008400755164**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52107606 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE25C#81A-88 | TELÉFONO: | 8272060 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7864888684** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 8 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/02/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1910007145 |

**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 | $ 218.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.100 | $ 0 | $ 218.000 | $ 2.100 | $ 220.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 218.000** | **$ 2.100** | **$ 220.100** |

**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 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 170.300 | $ 0 | $ 1.700 | $ 0 | $ 170.300 | $ 1.700 | $ 0 | $ 172.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 170.300** | **$ 1.700** | **$ 0** | **$ 172.000** |

**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 | $ 33.200 | $ 33.200 | $ 400 | $ 0 | $ 33.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 33.200** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 33.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |