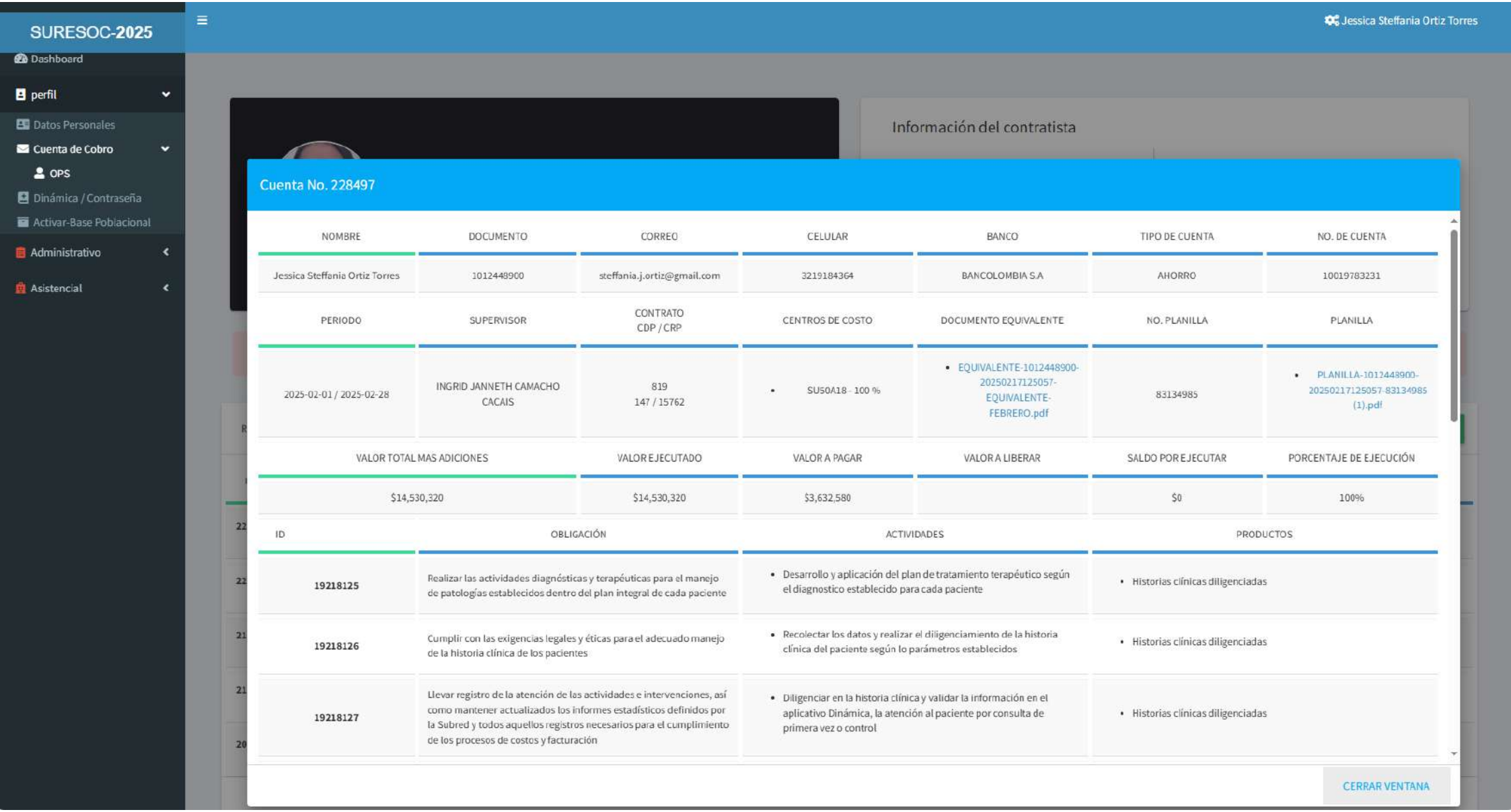

SURESOC-2025
Jessica Steffania Ortiz Torres
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
Información del contratista
Cuenta No. 228497
NOMBRE
DOCUMENTO
CORREO
CELULAR
BANCO
TIPO DE CUENTA
NO. DE CUENTA
Jessica Steffania Ortiz Torres
1012448900
steffania.j.ortiz@gmail.com
3219184364
BANCOLOMBIA S.A
AHORRO
10019783231
PERIODO
SUPERVISOR
CONTRATO CDP / CRP
CENTROS DE COSTO
DOCUMENTO EQUIVALENTE
NO. PLANILLA
PLANILLA
2025-02-01 / 2025-02-28
INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
819 147 / 15762
SU50A18 - 100 %
EQUIVALENTE-1012448900-20250217125057-EQUIVALENTE-FEBRERO.pdf
83134985
PLANILLA-1012448900-20250217125057-83134985 (1).pdf
VALOR TOTAL MAS ADICIONES
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
VALOR A LIBERAR
SALDO POR EJECUTAR
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$14,530,320
$14,530,320
$3,632,580
$0
100%
ID
OBLIGACIÓN
ACTIVIDADES
PRODUCTOS
19218125
Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente
Desarrollo y aplicación del plan de tratamiento terapéutico según el diagnostico establecido para cada paciente
Historias clínicas diligenciadas
19218126
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes
Recolectar los datos y realizar el diligenciamiento de la historia clínica del paciente según lo parámetros establecidos
Historias clínicas diligenciadas
19218127
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
Diligenciar en la historia clínica y validar la información en el aplicativo Dinámica, la atención al paciente por consulta de primera vez o control
Historias clínicas diligenciadas
CERRAR VENTANA

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:	Jessica Steffania Ortiz Torres						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012448900	
CORREO ELECTRONICO:	steffania.j.ortiz@gmail.com				CELULAR:	3219184364	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT PSICOLOGÍA USS 50 MEXICANA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU50A18	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10019783231				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	819			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	147	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15762	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL 2025-02-01	HASTA	FECHA FINAL 2025-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,632,580				
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:	$14,530,320
VALOR EJECUTADO	$14,530,320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,632,580
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
83134985	$1,250,441	$156,305	$200,071	3	$30,461	$386,836

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente	Desarrollo y aplicación del plan de tratamiento terapéutico según el diagnostico establecido para cada paciente	Historias clínicas diligenciadas
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Recolectar los datos y realizar el diligenciamiento de la historia clínica del paciente según lo parámetros establecidos	Historias clínicas diligenciadas
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	Diligenciar en la historia clínica y validar la información en el aplicativo Dinámica, la atención al paciente por consulta de primera vez o control	Historias clínicas diligenciadas
Participar en la programación de las actividades de la Subred	Ser partícipe de las actividades establecidas por las Subred	Actas y listados de asistencia
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Identificar y reportar en el tiempo establecido las notificaciones del área	Actas y listados de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Reportar y participar en el proceso de calidad con el objetivo de identificar oportunidades de mejora en el área	Actas y listados de asistencia
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	Implementar un plan de trabajo para un trato digno al paciente	Historias clínicas diligenciadas
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Gestionar el diligenciamiento de los formatos según los parámetros establecidos	Historias clínicas diligenciada
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	Realizar intervención de la patología diagnosticada desde la especialidad de psicología	Historias clínicas diligenciadas
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Realizar seguimiento de caso según la evolución y proceso terapéutico	Historias clínicas diligenciadas
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Informar de manera oportuna el diagnostico y tratamiento según la patología	Historias clínicas diligenciadas
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Desarrollo del informe mensual de área	Historias clínicas diligenciadas
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Responder por el puesto de trabajo, materia e infraestructuras entregada para la ejecución de las actividades laborales	Actas y listados de asistencia
. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participar de las jornadas de capacitación establecidas por la Subred	Actas y listados de asistencia
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplir con todos los lineamientos establecidos por la Subred	Actas, listados de asistencia e historias clínicas diligenciadas
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Cumplir con la solicitud de actividades inter y extra institucionales	Actas, listados de asistencia e historias clínicas diligenciadas
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registrar las actividades realizadas según lo establecido por la Subred	Actas, listados de asistencia e historias clínicas diligenciadas
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Revisar y supervisar el contrato asignado	Registro mensual de la información en SECOOP II
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Registro mensual de la información en SECOOP II	Registro mensual de la información en el suresoc

Copia Certificada
Subred Suroccidente

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012448900	JESSICA STEFFANIA ORTIZ TORRES	calle 70 b bis sur 78-08	3219184364	steffania.j.ortiz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	07/01/2025	83134985	$469.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012448900	JESSICA STEFFANIA ORTIZ TORRES		calle 70 b bis sur 78-08	3219184364	steffania.j.ortiz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	07/01/2025	83134985	$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012448900	ORTIZ TORRES JESSICA STEFFANIA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

E.S.E. NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JESSICA STEFFANIA ORTIZ TORRES
C.C: 1012448900 BOGOTÀ - COLOMBIA

La suma de **$ 3.632.580 TRES MILLONES SEISIENTOS TREINTA DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA** por concepto de prestación de servicios como **PSICÒLOGA** durante el periodo de **01/02/2025** al **28/02/2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 819-2025**



JESSICA STEFFANIA ORTIZ TORRES

C.C: 1012448900 BOGOTÀ – COLOMBIA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 10019783231