| 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: | JULIETH PAOLA OBANDO SALDARRIAGA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012390696 | |
| CORREO ELECTRONICO: | juliethpaolaobandosaldarriaga@gmail.com | | | | CELULAR: | 3144414145 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A USU TRABAJO SOCIAL USS NUEVAS DELICIAS | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA15O01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24088864060 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 832 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 147 | FECHA | 2025-01-20 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 15774 | FECHA | 2025-02-01 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TRABAJADOR SOCIAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2025-04-01 | | 2025-04-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,520,980 | | | | | | |
| 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: | $14,083,920 |
| VALOR EJECUTADO | $10,562,940 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,520,980 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,520,980 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 75% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1071802097 | $1,408,392 | $176,049 | $225,343 | 3 | $34,308 | $435,700 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JAIME HUMBERTO CASTILLO
19319518
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 |
|---|---|---|
| 1. Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol. | se plantea actividades a los pacientes de acuerdo a su patología para mejorar su funcionalidad | historia clinica |
| 2. salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. | se realiza uso de elementos de protección personal, se realiza recordación de deberes y derechos, manejo de los residuos según su clasificación, lavado de manos constataste. | actas |
| 3. Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución | se participa en las reuniones convocadas por el supervisor del contrato LSC, EAC y la subred | actas |
| 4. Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados | Se participa en la acreditación cumpliendo con la misión, protocolos, guías de la Subred | historia clínica, actas |
| 5. Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred | se promueve con el portafolio del servicio de la Subred y me empodero en la Misión y Visión de la institución | historia clínica |
| 6. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios | se realiza la entrega oportuna de los informes solicitados por el supervisor | historia clínica, base de SPA drive |
| 7. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros | se participa en la auditorias según requerimiento del supervisor o la Subred | actas e historia clínica |
| 8. Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse. | se notifica oportunamente según sea el caso | historia clínica, fichas de notificación |
| 9. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera | se realiza solicitud de implementos para realizar las actividades que se requiera para las diferentes procesos | correo y actas |
| 10. Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables. | se cumple con la entrega oportuna de las historias clínicas en Dinámica | historias clínicas |
| 11. Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención | Garantizar la entrega oportuna de los productos teniendo en cuenta los ciclos de digitación del componente. | historias clínicas |
| 12. Garantizar la entrega oportuna de los productos teniendo en cuenta los ciclos de digitación del componente. | Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | historias clínicas |
| 13. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por los lideres operativos, referente de vigilancia en salud ambiental, coordinador PIC y de nivel central | actas |
| 14. Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por los lideres operativos, referente de vigilancia en salud ambiental, coordinador PIC y de nivel central | estoy atenta de la solicitud realizada por el supervisor para dar una respuesta oportuna | actas y historia clínica |
| 15. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas por el líder operativo | se está pendiente de la solicitud que realiza el líder para dar oportuna respuesta | actas |
| 16. Enviar y responder de manera oportuna los informes, solicitudes y quejas derivados de la ejecución del presente contrato o de actividades delegadas por el líder operativo de la línea de intervención según sea requerido. | se realiza base de datos de pacientes SPA en el Drive para el control de los informes solicitados | historia, clínica |
| 17. Atender oportunamente a la solicitud de ajuste de inconsistencias detectadas de los productos derivados de la ejecución de las actividades de IVC y sus correspondientes bases de datos | Se promueve el cumplimiento de las normas de la Subred, se tiene presente los eventos de interés público. | historia, clínica |
| 18. Asistir, participar activamente de las acciones del PSPIC en concordancia a lalabor misional y/o institucional de requerirse, adicionalmente prestar apoyo, y participar en la atención de eventos de interés en salud publica según se requiera.. | Se promueve el cumplimiento de las normas de la Subred, se tiene presente los eventos de interés público. | historia, clínica |

Copia Certificado Subred Sur Occidente

JAIME HUMBERTO CASTILLO
19319518
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**

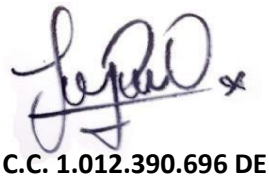
**OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JULIETH PAOLA OBANDO SALDARRIAGA**

**C.C 1.012.390.696 DE BOGOTA**

La suma de tres millones quinientos veinte mil novecientos ochenta pesos m/c $ 3.520.980 por concepto de: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de trabajo social dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional. Durante el periodo 1 al 31 de mayo de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud N. 832-2025



**C.C. 1.012.390.696 DE**

**BOGOTA CUENTA DE AHORROS**

**BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24088864060**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-05-26, 09:08:15 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1072581946

**Periodo Cotización** 202504 **Periodo Servicio** 202504

**Cliente:**

## PAGADA 2025-05-09

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JULIETH PAOLA OBANDO SALDARRIAGA | | | | |
| **Documento** | CC 1012390696 | **Dirección** | CL 69A SUR #80 M - 11 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3144414145 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1012390696 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | OBANDO SALDARRIAGA JULIETH PAOLA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.409.000 | 230201 | | 16 % | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.423.500 | $ 34.700 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

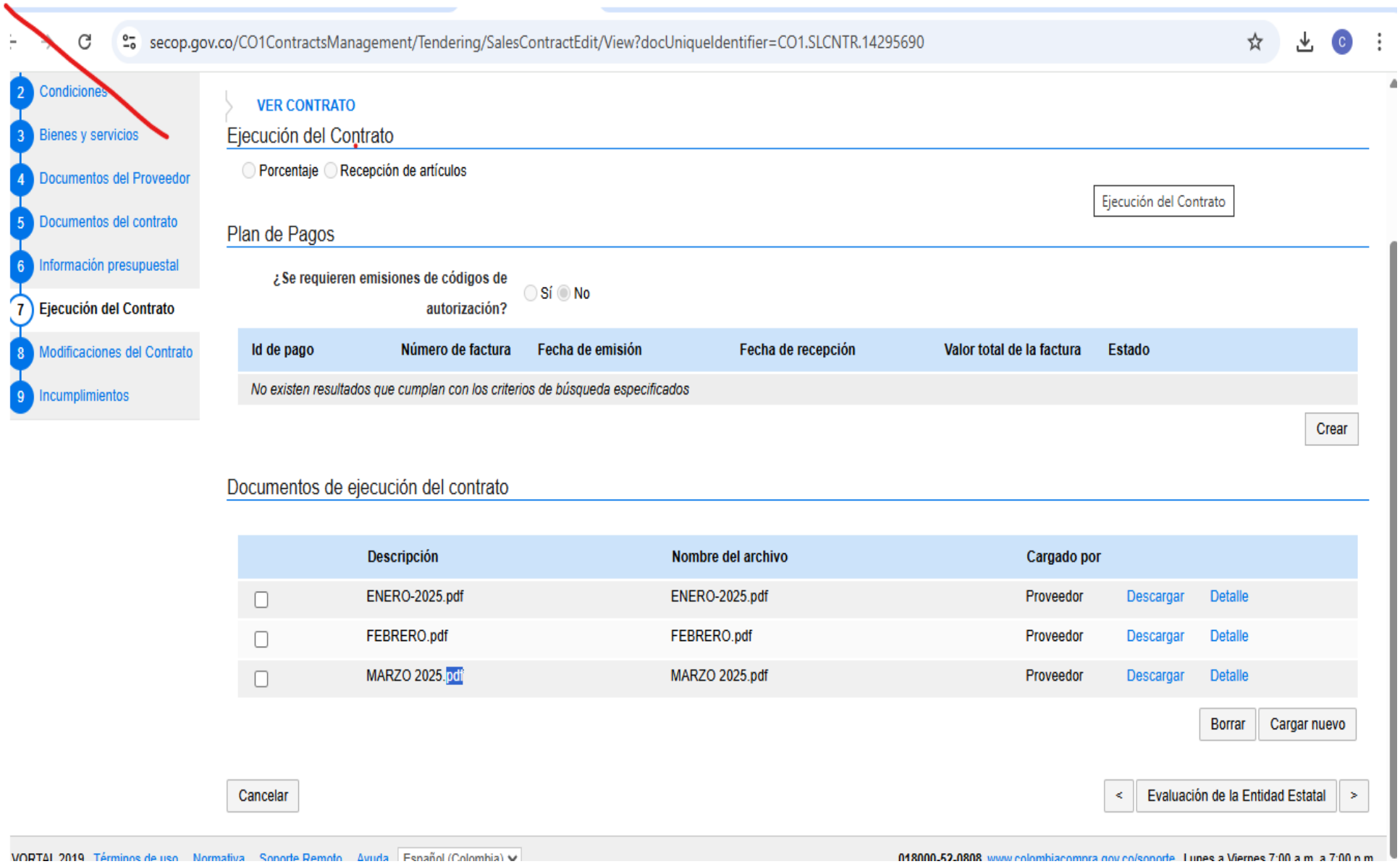
### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14295690
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
ENERO-2025.pdf ENERO-2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
FEBRERO.pdf FEBRERO.pdf Proveedor Descargar Detalle
MARZO 2025.pdf MARZO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.