

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                    |                        | Versión<br>3                     |            |  |                            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                     |                      |                          |                                    |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |            |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                    |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |            |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | ADRIANA MARIA REYES RODRIGUEZ      |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                          | C.C                                | X                      | C.E                              | No.        |                                                                                     | 1013580457                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          | reyesrodriguezadriana@gmail.com    |                        |                                  | CELULAR:   |                                                                                     | 6014664170                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                    |                        |                                  | SUBRED     |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | A USU TRABAJO SOCIAL HOSPITAL BOSA |                        |                                  | SEDE:      |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                | Centro de costo      | %                        |                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  | BO37O01              | 100                      |                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                              | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                    |                        | TIPO DE CUENTA:                  |            | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                          | 476770012633                       |                        |                                  |            | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                         |                      |                          |                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                               |                      | 917                      |                                    |                        | VIGENCIA                         |            | 2025                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                    | 1359                 | FECHA                    | 2025-06-12<br>16:32:43.000         |                        | NÚMERO DE CRP                    | 29699      | FECHA                                                                               | 2025-06-25<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                             |                      | TRABAJADOR SOCIAL        |                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                          | DESDE                              | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA      | FECHA FINAL                                                                         |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                    | 2025-06-01             |                                  |            | 2025-06-30                                                                          |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                    |                        | \$3,725,766                      |            |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          |                                    |                        | \$18,628,830                     |            |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                    |                        | \$18,628,830                     |            |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                    |                        | \$3,725,766                      |            |                                                                                     |                            |
| 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                                                                       |                            |
| 9486673030                                                                                                                                                                                                                                                       | \$1,490,306          | \$186,288                |                                    | \$238,449              | 3                                | \$36,304   | \$461,041                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br><div style="text-align: center;">           Rosa Viviana Cubillos Medrano<br/>           52879389<br/>           Supervisor         </div> |                      |                          |                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                 |                      |                          |                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |

| 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 en los servicios de urgencias.<br>Definición de seguridad Social                                                                                                                                                                                  | 22 cama a cama<br>320 a pacientes                                                                               |
| Intervenir en las situaciones sociales y familiares que inciden en el proceso de salud enfermedad de los pacientes.                                                                                                 | Consulta social por patología social<br>Notas de no copago régimen contributivo                                                                                                                                                                                  | 40<br>2 por no capacidad de pago y por salida en ambulancia                                                     |
| Realizar verificación de derechos en salud de los pacientes e identificar la vulnerabilidad en caso de que aplique                                                                                                  | Realizar validación de Derechos en páginas de comprobadores (ADRES, Comprobador de derechos y DNP)                                                                                                                                                               | 320 de pacientes                                                                                                |
| Elaborar Estudio Social de Caso de los pacientes en los casos que se requiera                                                                                                                                       | Realizar Estudio de Caso a población puntaje mayor del SISBEN o población extranjera en condición de migrante irregular.<br>Reporte a Migración SIRE                                                                                                             | 1 poblacion extranjera<br>1 poblacion extranjera                                                                |
| Socializar derechos y deberes de los pacientes                                                                                                                                                                      | Estrategia "Estamos Contigo"<br>Afiliación SAT<br>Realización Formulario de No afiliación<br>Tramite de portabilidad de Gestantes                                                                                                                                | 231 en cama a cama<br>4 mediante sat<br>1 por oficio<br>0                                                       |
| Orientar al usuario y su familia a los programas de Promoción y Detección Temprana en los casos que se requiera.                                                                                                    | Crecimiento y desarrollo<br>Vacunación<br>Planificación familiar                                                                                                                                                                                                 | 2 asesorías y orientaciones<br>2 asesorías y orientaciones<br>40 asesorías y orientaciones                      |
| Identificar los factores de riesgo que inciden en la condición de salud - enfermedad del paciente en lo económico y socio familiar                                                                                  | Nota de evolución médica<br>Historia social<br>Identificación de necesidades y expectativas                                                                                                                                                                      | 281 de pacientes<br>104 de pacientes<br>290 de pacientes                                                        |
| 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.                                                    | Registro de barreras / orientaciones en el aplicativo SIDMA                                                                                                                                                                                                      | 15 según requerimiento                                                                                          |
| Activación de redes de apoyo familiar, intra e intersectorial que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes a cargo.                                                                                     | Ubicación de Familiares<br>Seguimiento a pacientes en abandono<br>Activación rede de apoyo intersectorial                                                                                                                                                        | 34 para egreso medico<br>3 con reporte a SDIS<br>6 de las cuales 2 por reporta a ICBF, 1 a comisaria y 3 a SDIS |
| 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.                                    | Identificación de código blanco<br>Traslado de menores a ICBF<br>Notificación de menor en abandono / maltrato infantil<br>Diligenciamiento ficha SIVIM<br>Diligenciamiento ficha SISVECOS<br>Diligenciamiento ficha VESPA<br>Notificación a Comisaria de Familia | 1 caso<br>0 casos<br>1 reporte<br>2 reportes<br>0 reporte<br>0 reporte<br>1 reporte                             |
| Elaboración oportuna de informe mensual con el reporte de actividades.                                                                                                                                              | Elaboración del informe mensual                                                                                                                                                                                                                                  | Diligenciamiento diario matriz de actividades                                                                   |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los procesos, procedimientos y lineamientos establecidos por la Subred.                                                                                     | Dar cumplimiento al Plan Operativo POA del Proceso de Trabajo Social y Atención al Usuario.<br>Entregar planilla de pago de salud, pensión y riesgos profesionales<br>Portar carné institucional y demás instintivos                                             | Segun requerimiento<br>Entrega en la certificacion<br>De forma diaria                                           |
| Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la dependencia.                                                                                                                                                | Asistencia a reuniones y Capacitaciones                                                                                                                                                                                                                          | Asistencia a EAC 11 de junio                                                                                    |
| Realizar el debido cargue de los soportes de la ejecución del contrato en la plataforma SECOP II.                                                                                                                   | Realizar el debido cargue de los soportes de la ejecución del contrato en la plataforma SECOP II.                                                                                                                                                                | Segun requerimiento                                                                                             |
| Todas las demás actividades que le sean designadas por el supervisor del contrato y las que se deriven de la intervención profesional.                                                                              | Uso correcto de los recursos del hospital<br>Informar sobre inconvenientes presentados en el servicio para el desarrollo oportuno de las actividades<br>Cumplir con normas de bioseguridad                                                                       | De forma diaria<br>Segun requerimiento<br>Segun requerimiento                                                   |

Rosa Viviana Cubillos Medrano  
52879389  
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