

|                                                                                   |                                                                                                                              |                     |               |                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b> | Versión             | 3             | <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Fecha de aprobación | 02/16/2018    |                                                                                                                             |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Código:             | 04-02-FO-0002 |                                                                                                                             |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                                                                        |      |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|-----|-----------------|----------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  | MARIA NUBIOLA ARBOLEDA ESCOBAR                                         |      |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  | C.C.                                                                   | X    | C.E.            | NO. |                 | 24758736 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  | nubla_arboleda@hotmail.com                                             |      |                 |     | CELULAR:        |          | 3118667889      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  | Subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E USS Kennedy |      |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  | URGENCIAS                                                              |      |                 |     | SEDE:           |          | Kennedy         |   |                 |   |
| ENTRO DE COSTO                              |  | Centro de costo                                                        | %    | Centro de costo | %   | Centro de costo | %        | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | KE10001                                                                | 100% |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA                          |  | BANCOLOMBIA                                                            |      |                 |     | TIPO DE CUENTA: |          | Ahorros         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  | 62419843852                                                            |      |                 |     |                 |          | PENSIONADO      |   | No              |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |                     |       |            |               |                          |       |        |            |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|-------|------------|---------------|--------------------------|-------|--------|------------|-----|------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y V                                                   |  | 3016-2020           |       |            |               | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | 9 DE 9 |            |     |      |
| NÚMERO DE CDP                                                            |  | 1380                | FECHA | 25/09/2020 | NÚMERO DE CRP |                          | 42008 | FECHA  | 30/09/2020 |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |  | TRABAJADORA SOCIAL  |       |            |               |                          |       |        |            |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                     |  | DESDE               |       | DIA        | MES           | AÑO                      | HASTA |        | DIA        | MES | AÑO  |
|                                                                          |  |                     |       | 1          | 10            | 2020                     |       |        | 31         | 10  | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                              |  | \$3.192.318         |       |            |               |                          |       |        |            |     |      |
| TIPO DE SERVICIO                                                         |  | RESERVA DE GLOSA 2% |       |            |               |                          |       |        |            |     |      |

OBSERVACIONES:

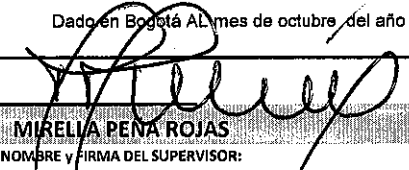
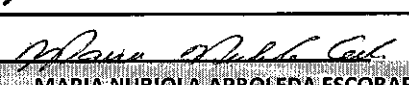
| CONCEPTO                                |  | VALORES      |
|-----------------------------------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: |  | \$29.812.131 |
| VALOR EJECUTADO                         |  | \$29.812.131 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            |  | \$3.192.318  |
|                                         |  | \$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% | NIVEL ARL | APORTE ARL  | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|-------------|---------------|
| 9410922223         | \$1.276.927       | \$159.700                | \$204.400          | 3         | \$31.200,00 | \$395.300     |

Dado en Bogotá AL mes de octubre del año Dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>MIRELLA PEÑA ROJAS</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | <br><b>MARIA NUBIOLA ARBOLEDA ESCOBAR</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Vo Bo Maels Andaca Ruz Gómez.  
Vo Bo Sindy H.

|                                                                                   |                                                                    |                                 |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión: 3                      |  |
|                                                                                   |                                                                    | Fecha de aprobación: 15/02/2018 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                    | Código: 04-02-FO-0002           |                                                                                     |

|                                                         |                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Ubicación del Servicio:</b> USS OCCIDENTE DE KENNEDY | <b>Sede:</b> KENNEDY                |
| <b>No. DE CONTRATO:</b> 3016-2020                       | <b>Periodo certificado desde el</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> MARIA NUBIOLA ARBOLEDA E | <b>C. C.</b> 24.758.736             |

OBJETO DEL CONTRATO: 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 al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PROGRAMADO                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRODUCTOS ENTREGADOS                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar Revista Social verificando en el Censo Diario de pacientes de Urgencias y/o Hospitalización a fin de detectar N.N. y/o sin Seguridad Social, respetando las normas de Bioseguridad en los Servicios y registrando en la Historia Clínica el día.<br>2. Dar respuesta a las Consultas Sociales, dejando el reporte en la Historia Clínica.<br>3. Dar cumplimiento al anexo 2 del Contrato FFDS según obligación del Hospital; Elaboración de Instrumentos Provisionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.cumple<br>2.cumple<br>3.cumple                                                                                                                                                                  | 1.Revista Social<br>1.1 Estrategia "Estamos Contigo"<br>2.Definición de Seguridad Social<br>2.1 Realización formulario de No afiliación (envió a Secretaría De Salud)<br>2.2 Elaboración Instrumento Provisional<br>2.3 Elaboración de Estudio Social de Caso<br>2.4 Trámites de portabilidad gestantes<br>3.Consulta Social por patología Social<br>3.1. Seguimiento y adherencia al tratamiento                                                                                                                                                                                                                                   | 18<br>23<br>33<br>0<br>0<br>6<br>0<br>46<br>0               |
| 4.Dar cumplimiento a los lineamientos dados por el Programa de Humanización.<br>5.Divulgar la política de atención al usuario en los servicios asignados.<br>6. Definir la Seguridad Social de los pacientes que ingresan Urgencias y/o Hospitalización N.N. y/o sin Sistema de Seguridad Social y en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1996 se debe realizar Nota en la Historia Clínica, el día del ingreso, definiendo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4.cumple<br>5.cumple<br>6. cumple                                                                                                                                                                 | 4.Formato consulta Social (Soporte Pagares)<br>5.Visita Domiciliaria<br>6.Notificación de Menor en abandono / maltrato infantil<br>6.1 Ubicación de menor en ICBF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10<br>0<br>0<br>0                                           |
| 7.Gestionar con Entes Externos, Públicos y Privados la remisión y/o ubicación de pacientes especiales.<br>8.Diligenciar Estudios Sociales y Fichas Epidemiológicas en los servicios de Urgencias y Hospitalización<br>9.Presentar Informe Mensual solicitado por la Supervisora del Contrato.<br>10. Cumplir las actividades de respuestas de Quejas y Reclamos del servicio asignado, según procedimiento establecido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 7.cumple<br>8.cumple<br>9.cumple<br>10.cumple                                                                                                                                                     | 7.Identificación Código Blanco<br>7.1 Notificación Ente Judicial (CAIBAS GEDES)<br>8.Diligenciamiento de ficha SIVIM y SISVECO<br>9.Seguimiento a paciente en condición de abandono Social (Se realiza cada tercer día)<br>9.1 Ubicación de paciente en abandono Social<br>9.2 Movilización de recursos.<br>10.Notificación a entes protectores de los derechos humanos (Personería Defensora del Pueblo, Comisarías de Familia)                                                                                                                                                                                                    | 0<br>0<br>0<br>1<br>2<br>1<br>0<br>0                        |
| 11. Dar cumplimiento al Plan Operativo POA del Proceso de Trabajo Social y Atención al Usuario.<br>12. Dar cumplimiento al proceso de Sistema de Gestión de Calidad.<br>13. Reportar recibos de Aportes en Salud y Pensión y Riesgos Profesionales, debidamente revisado por la supervisora del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11.cumple<br>12.cumple<br>13.cumple                                                                                                                                                               | 11.Notificación Habitante de Calle<br>11.1 Cedulación de pacientes indocumentados<br>12.Trámites y entrega de Fallecidos en Abandono Social -Obito fetal<br>13.Seguimiento a paciente con intento de suicidio (pacientes menores de edad)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0<br>0<br>0<br>0                                            |
| 14. Dar cumplimiento al proceso de socialización en Deberes y Derechos de pacientes de Urgencias y Hospitalización, según procedimiento establecido.<br>15. Ingresar los motivos de orientación y monitorización de Acceso a los servicios de salud al aplicativo SIDMA.<br>16. Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud.<br>17.Realizar un uso correcto y racional de los recursos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales.                                                                                                                                                                                                                              | 14.cumple<br>15.cumple<br>16. cumple<br>17. cumple                                                                                                                                                | 14.Diligenciamiento de ficha SISVECO y reporte a gestión del riesgo<br>15.Direccionamientos a población víctima del conflicto armado (Desplazado, Reinsertado, Desmovilizado, Encubierta)<br>16.Reporte para identificación de NN ante Fiscalía General de la Nación y Registradora del estado Civil.<br>17.Ubicación de familiares                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0<br>0<br>0<br>19                                           |
| 18. Portar el Carné de la Institución, durante el desarrollo de las actividades.<br>19. Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo y/o riesgo en el desarrollo de las actividades.<br>20. Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos Institucionales.<br>21. Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución.<br>22.Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el proceso de formación, investigación y asistencia técnica.<br>23.Cumplir con las responsabilidades definidas en el PIGA.<br>24.Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato.<br>25. Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato | 18.cumple<br>19.cumple<br>20.cumple<br>21.cumple<br>22.cumple<br>23.cumple<br>24.cumple<br>25. cumple<br>26. cumple<br>27.cumple<br>28.cumple<br>29.cumple<br>30.cumple<br>31.cumple<br>32.cumple | 18.Socialización de deberes y Derechos<br>19.Asistencia a reuniones o capacitaciones<br>20.Registro de barreras / orientaciones en aplicativo SIDBA (Sistema de Identificación de Barreras de Acceso)<br>21.Elaboración de Informes<br>22.Elaboración de encuestas de satisfacción<br>23.Cuidado del niño<br>24. Crecimiento y desarrollo<br>25.Plantificación familiar<br>26. Información por demoras en la atención<br>27.Orientación en aseguramiento<br>28. Cuidados de la enfermedad<br>29. Orientación oxígeno domiciliario<br>30. Necesidad de información<br>31.Referencia y contrareferencia<br>32.Redes de apoyo familiar | 20<br>0<br>0<br>1<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>28<br>0<br>58 |

#### OBSERVACIONES

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3,192 318 TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOSMIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/C.

|                                                                                       |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA NUBIOLA ARBOLEDA E.C. 24758736 | Fecha: 04/03/2018 Firma de recibido supervisor: Vo Bo Maels Andree Per Gomez |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                           |                     |          |                       |    |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|---------------------|----------|-----------------------|----|
| Identificación                | DV | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                 | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | No |
| CC 4759736                    |    | ABOLIDA ESCOBAR MARIA NUBOLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 66A N 92-20 Casa 93 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 8013149  |                       | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |           |            |          |          |            |            |            |            |           |
|-----------------------------------|-----------|------------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Periodo                           | Clave     | Planilla   | Planilla | Planilla | Fecha      | Pago       | Intereses  | Mora       | Valor     |
| 2020-08                           | 764403687 | 9410922223 |          |          | 2020/10/06 | 2020/10/06 | 2020/10/06 | 2020/10/06 | \$395,300 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$204,400        | \$0            | \$0                    | \$204,400        |  |
| COL PENSIONES            | 25-14  | 900.336.004 | 7  | 1         | \$204,400        | \$0            | \$0                    | \$204,400        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$31,200         | \$0            | \$0                    | \$31,200         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890.903.790 | 5  | 1         | \$31,200         | \$0            | \$0                    | \$31,200         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$159,700        | \$0            | \$0                    | \$159,700        |  |
| FAMISANAR                | EPS017 | 830.003.564 | 7  | 1         | \$159,700        | \$0            | \$0                    | \$159,700        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$595,300</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$595,300</b> |  |

*M. P. M. M.*

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MARIA NUBIOLA ARBOLEDA E** /  
**C.C 24758736 DE MARQUETALIA CALDAS**

La suma de \$3.192.318, por concepto de: Trabajadora Social durante el periodo de 01 de octubre, al 31 de octubre del 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3016 del 2020 /

  
**María Nubiola Arboleda E** /

**C.C.24758736 DE Marquetalia Caldas**  
**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**  
**NUMERO 62419843852**