

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                    |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                   |                               |                                                    |                        | Versión             | 3             |               |  <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div> |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                    |                        | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |               |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                    |                        | Código:             | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                                                              |    |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                                                    |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               | OLGA LUCIA GÜIZA MELO                              |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               | C.C                                                | X                      | C.E                 | No.           |               | 52561223                                                                                                                     |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                               | olgasuesf@hotmail.com                              |                        |                     | CELULAR:      |               | 3204061910                                                                                                                   |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                                                    |                        |                     | SUBRED        |               |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               | A USU ATENCION AL USUARIO USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                        |                     | SEDE:         |               | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                             |                                                    |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10002           | 100                           |                                                    |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A          |                                                    |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO        |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                               | 4070238003                                         |                        |                     |               | PENSIONADO    |                                                                                                                              | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                               |                                                    |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 786                           |                                                    |                        | VIGENCIA            |               |               | 2024                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1740              | FECHA                         | 2024-07-22 13:55:49.000                            |                        | NÚMERO DE CRP       | 44783         | FECHA         | 2024-07-31 16:16:25.000                                                                                                      |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | LIDER DE PROGRAMAS ESPECIALES |                                                    |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                               | DESDE                                              | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL   |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                    | 2024-07-01             |                     |               | 2024-07-31    |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                                                    | \$4,096,278            |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Administrativo                |                                                    |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                                                    |                        |                     | \$24,577,668  |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                    |                        |                     | \$24,577,668  |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                               |                                                    |                        |                     | \$4,096,278   |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                    |                        |                     | \$0           |               |                                                                                                                              |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               |                                                    |                        |                     | \$0           |               |                                                                                                                              |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                                                    |                        |                     | 100%          |               |                                                                                                                              |    |
| El intervisor 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 |                                                                                                                              |    |
| 1930165454                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,638,511       | \$204,814                     |                                                    | \$262,162              | 3                   | \$39,914      | \$506,890     |                                                                                                                              |    |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                               |                                                    |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| MARCELA CASTELLANOS CABRERA<br>39788222<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                               |                                                    |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                           | PRODUCTOS        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1Liderar las actividades direccionadas por la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano de la unidad de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Jefe de Oficina | Liderar actividades relacionadas con la habilitacion de sedes a cargo<br>Realización inducción a auxiliar de Hospital Tintal                                                                                                                          | 2<br>1           |
| . Socializar la línea técnica brindada por la Jefe de la Oficina, al personal a cargo (Auxiliares de Servicio al Ciudadano y Trabajadoras Sociales)                                       | socialización de bases de usuarios EPS con convenio<br>socialización de guías de asignación<br>Solicitud de documentacion SIDEAP<br>personal de planta a cargo                                                                                        | 4<br>4<br>3      |
| Coordinar al personal a cargo, realizar acompañamientos y verificación de adherencia a los procesos y procedimientos durante el ciclo de atención en salud.                               | Realizacion de mejora a auxiliar post acompañandote<br>Realización de acompañamientos y verificación de adherencia a los procesos y procedimientos                                                                                                    | 1<br>28          |
| Distribución de turnos asistenciales                                                                                                                                                      | Elaboracion de cronograma trabajo social Tintal<br>Elaboracion de cronograma trabajo social fin de semana subred<br>Elaboracion de cronograma Auxiliares a cargo                                                                                      | 1<br>1<br>1      |
| Monitorear la realización de encuestas de satisfacción, charlas en salas de espera, captura y registro de lista de espera y barreras de acceso.                                           | Monitorear la realización de encuestas de satisfacción<br>Monitorear la realización de charlas en salas de espera<br>Monitorear la realización de barreras de acceso.                                                                                 | 21<br>21<br>21   |
| Elaborar mensualmente informes estadísticos de los indicadores trazadores de la oficina                                                                                                   | Elaboración de informe de gestión                                                                                                                                                                                                                     | 1                |
| Monitorear la realización de la revista diaria a los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización y urgencias por parte del equipo de Trabajo Social                     | Monitorear la realización de revista Cama a Cama<br>Monitorear y orientar casos de aseguramiento<br>Atención de casos especiales ICBF, COMISARIA, FISCALIA                                                                                            | 17<br>15<br>5    |
| Orientar al equipo de Trabajo Social en temáticas relacionadas con aseguramiento y activación de rutas de atención según el caso                                                          | Orientar al equipo de Trabajo Social en temáticas relacionadas con aseguramiento<br>Orientar al equipo de Trabajo Social en temáticas relacionadas con patologías sociales                                                                            | 25<br>23         |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los procesos, procedimientos y lineamientos establecidos por la Subred                                                            | Solicitud de documentacion SIDEAP<br>personal de planta a cargo<br>monitorear cargue de soportes en el secop II<br>Monitorear desarrollo de cursos indicados por la oficina                                                                           | 3<br>13<br>13    |
| Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la sub red e impulsar y promocionar portafolio de servicios                                                                  | Preparacion para actividad de habilitación unidades Mexicana y Britlia<br>direccionar la participacion de personal a cargo en los EAC                                                                                                                 | 4<br>13          |
| Ser representante de la figura defensora del usuario, orientarlo y velar por sus derechos en salud.                                                                                       | participación en mesa de salud mental<br>participación en unidades de análisis<br>participacion en reunion de revision de casos de abandono y estancias prolongadas<br>participacion en reuniones a donde se requiera la representación de la oficina | 1<br>2<br>1<br>2 |
| Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la dependencia                                                                                                                       | Asisencia a Reunión con ICBF<br>Revisión y actualización del manual de Trabajo Social                                                                                                                                                                 | 1<br>1           |
| Socializar de manera mensual los indicadores de Satisfaccion, PQRS, Barreras de Acceso a los diferentes lideres de unidades.                                                              | socializar resultados 2 semestre 2024 a lideres de unidades a cargo                                                                                                                                                                                   | 7                |
| Realizar la entrega de todo tipo de documentos solicitados por la oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano de manera pertinente                                       | Entrega de documentos Sideap personal de planta a cargo                                                                                                                                                                                               | 1                |
| Realizar los cursos asignados por la Oficina de participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano.                                                                                        | Realizar los cursos asignados por la Oficina de participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano.                                                                                                                                                    | 0                |
| Acompañar la revision de las actividades y cursos de los auxiliares de servicio al ciudadano, trabajo social y otros perfiles del área                                                    | Monitorear desarrollo de cursos indicados por la oficina                                                                                                                                                                                              | 13               |

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                             |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Realizar los respectivos tramites que sean asignados por el supervisor por medio del correo electronico, Agil Salud y otros medios que se consideren pertinentes a la comunicación directa con el contratista | Contestar peticiones de comisarias de Familia e ICBF<br>ontestar correos a Fiscalía General de la nación Casos especiales<br>Contestar correo institucional | 7<br>10<br>25 |
| Todas las demás actividades que le sean designadas por el jefe de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano de la Subred..                                                              | Todas las demás actividades que le sean designadas por el jefe de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano de la Subred..            | 2             |

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