Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GOMEZ RUBIO TANIA LORENA		224647
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1233502847
CORREO	tania0720@hotmail.com	CELULAR	3138629229
PROCESO:	EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA		
SERVICIO:	EQUIPOS DE ATENCIÓN EN	UNIDAD:	Fray

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7037-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	2395	FECHA	20/09/2022	NÚMERO DE CRP: 1	43238	FECHA	23/09/2022

OBJETO:	PSICOLOGO (A)								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		23	09	2022		30	09	2022	
TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			0				
VALOR MES	4,311,304	VALOR LETRAS							

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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	5,748,405
VALOR EJECUTADO:	1,158,953
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,158,953
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	50
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	4,589,452
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	20.16 %

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 $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
7037202209	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Septiembre 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GOMEZ RUBIO TANIA LORENA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:		**Equipos de Atencion en Casa**				**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA FERIAS**	
No. DE CONTRATO:		**7037-2022**	***PERIODO CERTIFICADO***	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ**		**23/09/2022**			**30/09/2022**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		**GOMEZ RUBIO TANIA LORENA**	**DOCUMENTO:**	**1233502847**					
OBJETO DEL CONTRATO:		**Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO - PSICOLOGO (A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución**							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _____		**27%**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**ACTIVIDADES REALIZADAS**
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en las reuniones que presenta la estrategia de equipos de atencion y revelo
1. Realizar y participar comité de cuidado 2. Abordaje de las personas con Depresión y Ansiedad (Evaluación e Intervención psicológica breve para adultos) 3. Fortalecimiento en redes de apoyo (Evaluación e intervención psicológica individual) 4. Elaboración planes de manejo 5. Ejecutará las demás actividades descritas en el proceso de atención en salud mental EAC en las cuales se menciona el perfil de psicólogo	1. llamar y citar en la base de salud mental. 2. Se realiza visitas domiciliarias enfocadas en identificar el riesgo de ansiedad y depresión del paciente. 3. aplicar pruebas psicológicas como hamilton ,zung y whodas. así mismo se logra identificar si el paciente tiene una ideacion suicida. 4. realizar sesiones en salud mental

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$1.158.953** **UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS**

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	Fecha: 30/09/2022 Firma de recibido supervisor:_____
GOMEZ RUBIO TANIA LORENA	
CC 1233502847	

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.