| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1136885449 | |
| CORREO ELECTRONICO: | hmarenit@gmail.com | | | | CELULAR: | 7582536 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA PUENTE ARANDA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU42K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570455470036134 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4183 | | | VIGENCIA | | 2022 | |
| NÚMERO DE CDP | 788 | FECHA | 2023-04-12 10:27:35.000 | NÚMERO DE CRP | 20203 | FECHA | 2023-04-17 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2022-04-01 | | 2022-04-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,627,684 | | | | |
| 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: | $16,445,501 |
| VALOR EJECUTADO | $10,883,052 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,627,684 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,562,449 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 66% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9431489551 | $1,451,074 | $181,384 | $232,172 | 3 | $35,348 | $448,904 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil especializados, profesional, técnico y/o bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Realizacion de informes y de aplicación de pruebas complementarias, y planes de cuidado realizando un criterio profesional con veracidad | Matriz magnética de familia priorizadas y material físico de pruebas y visitas realizadas |
| Dar cumplimiento a las actividades periódicas designadas para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial , con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. | Realizar la aplicacion de pruebas complementarias, planes de cuidados y visitas asignadas según corresponda | • Matriz magnética de familia priorizadas y material físico de pruebas y visitas realizadas |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación,canalización y seguimiento a la canalización, notificación de eventos de interes en salud publica, notificación de alertas. | • Activar las rutas canalización de los casos que necesite como sus respetivas fichas según lo especifica la SDS | • Acta de notificación de fichas, Actas de comité de cuidado con seguimiento a la priorización |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. | • Generar planes de cuidados con las familias priorizadas y/o caracterizada para disminuir y ayuda en las problemáticas identificadas | • Planes de cuidados familiares y Matriz magnética de familia priorizadas |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. | • Brindar orientación a las familias caracterizadas de los diferentes servicios de salud que brida la SUBRED SUR OCCIDENTE | • Planes de cuidados familiares y Matriz magnética de familia priorizadas |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred. | • Asistir a las diferentes reuniones generadas por la SDS frente los diferentes temas a tratar con la población caracterizada | • Acta de asistencia a reuniones |
| Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | • Realizar ejercicio de educacion con las familias caracterizada sobre los diferentes servicios de salud que brinda la SUBRED SUR OCCIDENTE | • Planes de cuidados familiares y Matriz magnética de familia priorizadas, informe de visitas realizadas |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | • Realizar ajustes que se evidencia como hallazgos en la matriz de familia caracterizadas | • Acta de corrección de hallazgos |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, entes de control. | • Presentar los soportes como pruebas complementarias, visitas realizadas, y planes de cuidado para su revisión | • Acta de revisión de matriz de caracterización, pruebas realizadas, e informes de vistas realizadas |
| Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | • Cumplir con la meta asignada por el modelo de sistema integrado de salud territorial con relacion a las familias caracterizadas | • Matriz y cuadro de productividad |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | • Informar al gestor a cargo sobre diferentes inconvenientes que puede presentar en la ejecución del contrato | • Acta o informe vía magnética al gestor de los inconvenientes presentados |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Siempre portar bien la chaqueta y uniforme de la institución | • chaqueta en buen estado y carnet en buen estado |
| Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. | • Realizar la entrega de planes de cuidad, pruebas complementarias e informes de visitas realizadas como lo expone los ,lineamientos del modelo de salud territorial | • Acta de entrega de productos y Matriz de familias caracterizadas |
| Garantizar la entrega oportuna de los productos de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos. | • Cumplir con los tiempos de entrega de los planes de cuidados , aplicacion de pruebas y visitas adicionales según los tiempos acordados por los lineamientos del modelo de salud territorial | • Matriz magnética de familia priorizadas y material físico de pruebas , visitas realizadas y planes de cuidado |
| Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | • Realizar planes de cuidados, aplicación de pruebas, y visita complementarias siguiendo estos principios | • Matriz magnética de familia priorizadas y material físico de pruebas , visitas realizadas y planes de cuidado |
| Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo y de nivel central. | • Asistir a reuniones organizadas por el gestor | • Acta de asistencia a reuniones |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. | • Atender las diferentes problematicas que se puede presentar con la familias caracterizadas y generar la respectiva psico orientación con relaciona a ellas | • Matriz magnética de familia priorizadas y material físico de pruebas , visitas realizadas y planes de cuidado |
| Resguardar y dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asigandos para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en su componente territorial. | • Tener equipos de computo en buen estado para la realización de actividades | • Acta de entrega de productos |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | • Seguir y cumplir a cabalidad los lineamientos planteados en el modelo de salud territorial salud a mi barrio | • Matriz magnética de familia priorizadas y material físico de pruebas , visitas realizadas y planes de cuidado |

Copia Controlada Subred Suroccidente

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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