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:	paula andrea lara romero						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1022384569	
CORREO ELECTRONICO:	paulr16@outlook.com				CELULAR:	3227923059	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PSICOLOGIA USS TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE13A18	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24070816820				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4264			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	1158	FECHA	2023-05-17 10:09:53.000	NÚMERO DE CRP	26259	FECHA	2023-05-31 17:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PSICOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-05-01		2023-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,171,426				
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:	$6,241,295
VALOR EJECUTADO	$6,093,414
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,171,426
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$147,881
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
9450218499	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizar las actividades terapeuticas de acuerdo al marco establecido	Se cumple a cabalidad las actividades de acuerdo al perfil por psicologia
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Manejo de historia clinica segun los parametros legales y eticos	Informacion registrada en . Historia Clinica . (Dinamica).
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Se lleva registro de productos de calidad en la interveción, en los tiempos establecidos.	registro de intervenciones y actividades para el cumplimiento de los procesos de facturacion
Participar en la programación de actividades del área	Se realiza participación donde se fortalece la dinamica del modelo de salud.	Listas de asistencia. En poder del apoyo operativo.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad y calidad del re-gistro establecida en la normatividad vigente.	Se desarollan acciones y Se realizan las respectivas notificaciones	Formatos diligenciados de Consentimiento informado y notificaciones.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los aná-lisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notificar fallas presentadas en el servicio y asi implementar las acciones de mejora para el servicio	registro de entrega de fallas presentadas en la calidad del servicio
. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	notificar al equipo de salud sobre los procedimientos de los pacientes	notificar al equipo de salud sobre los procedimientos de los pacientes
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de elegibilidad, oportunidad e integralidad	Formatos diligenciados de Consentimiento informado y notificaciones.	Formatos diligenciados de Consentimiento informado y notificaciones.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Formatos diligenciados de Consentimiento informado	Formatos diligenciados de Consentimiento informado
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participa-ción.	realizar seguimiento a pacientes que asi lo requieran por parte del profesional en psicologia y el equipo de salud	realizar seguimiento a pacientes que asi lo requieran
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Dar informacion clara y veraz al paciente y su familia sobre el plan de manejo, atencion y sobre su condicion	Dar informacion clara y veraz al paciente y su familia segun el plan de manejo
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	se emiten conceptos medicos que se requiera con cada paciente	se emiten conceptos medicos que se requiera con cada paciente
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Se realiza el apoyo correspondiente al cumplimiento de normas del sistema obligatorio de la subred	diligenciamiento de historia clinica, concentimiento informado y notificaciones correspondientes
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entre-garlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboración de informes mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades	Elaboración de informes mensual
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Dar un óptimo uso de los equipos y elementos asignados, para el cumplimiento de las obligaciones .	Dar un óptimo uso de los equipos y elementos asignados, para el cumplimiento de las obligaciones .
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca, participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se hace participacion en jornadas, reuniones, induccion y capacitacion a los cuales se sea notificado	asistencia a reuniones y demas actividades, listas de asistencia
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conocer los procedimientos establecidos por la subred y de igual manera dar cumplimiento a los mismos	Apoyar la implementacion de los procedimientos establecidos

Copia Certificada Subred Sur Occidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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