PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52349108
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAOLA LIZETTE TOVAR RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 66 NO. 76-66 APTO 304	TELÉFONO:	2256217
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7975800215**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1597451777		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.190.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.190.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 875.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 875.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 42.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 170.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 170.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 2.277.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 2.277.600**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52349108
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAOLA LIZETTE TOVAR RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 66 NO. 76-66 APTO 304	TELÉFONO:	2256217
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7988496582**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	agosto
	AÑO:	2025		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		23			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/09/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1803256771

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7979183792	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/07/16

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 87.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 87.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 64.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 64.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 3.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 3.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 12.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 165.200**
VALOR MORA:	**$ 2.700**
TOTAL PAGADO:	**$ 167.900**

Planilla Pagada

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=ODTJOjlJYa2Y/wizlgLHIQ==

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52349108
NOMBRES	PAOLA LIZETTE
APELLIDOS	TOVAR RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/12/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 09/25/2025 16:20:26 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

¿Qué implicaciones tiene para los afiliados?

¿Qué hacer si aparecen días no compensados?

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	52349108	TOVAR	RODRIGUEZ	PAOLA	LIZETTE	2025-09	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS COMPENSAR	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 144 Registros en 15 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Medellín, 25 de septiembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que PAOLA LIZETTE TOVAR RODRIGUEZ identificado(a) con C52349108 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

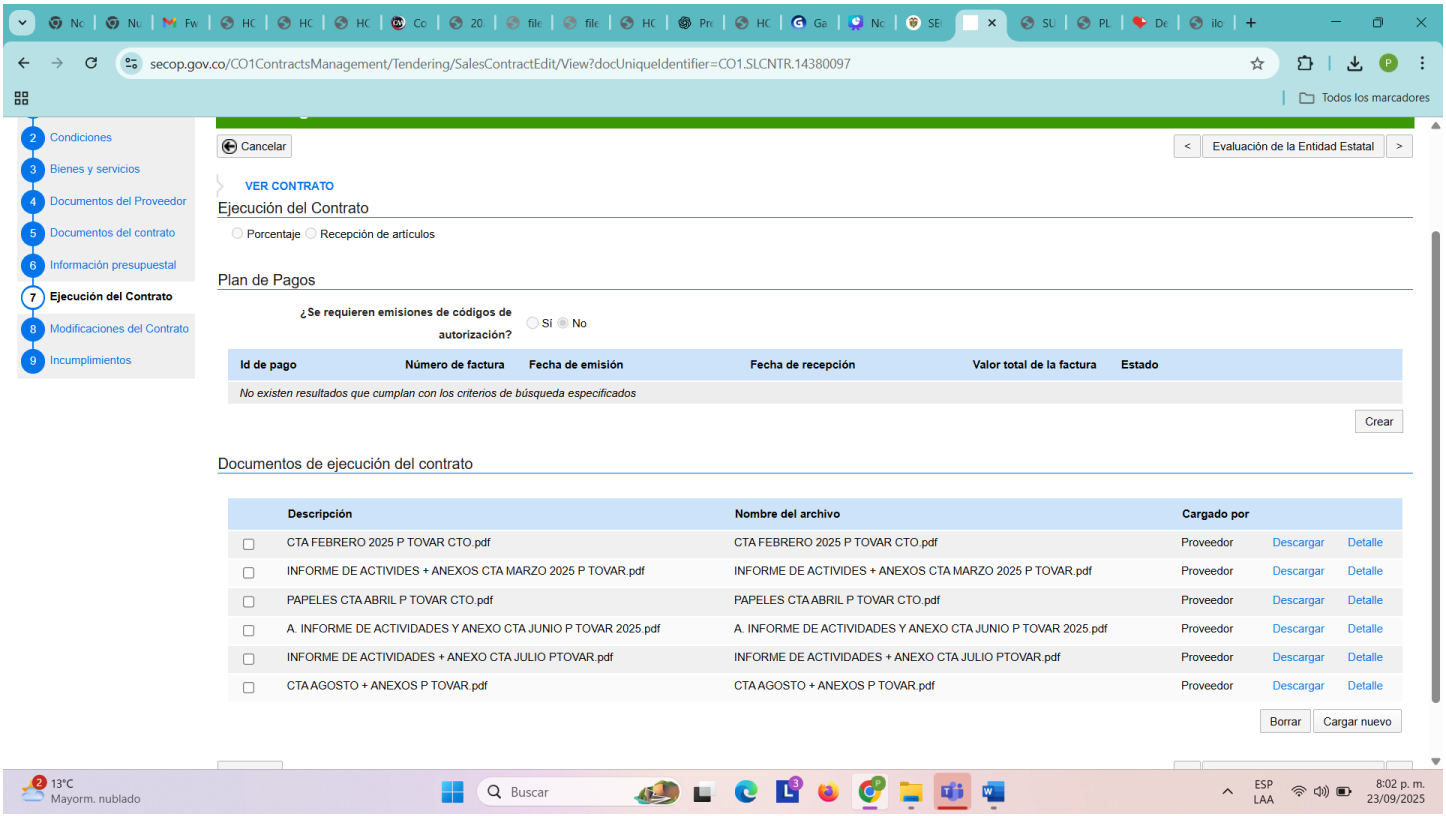
Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C523491082526859413

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.18


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14380097
Todos los marcadores
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
CTA FEBRERO 2025 P TOVAR CTO.pdf CTA FEBRERO 2025 P TOVAR CTO.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDES + ANEXOS CTA MARZO 2025 P TOVAR.pdf INFORME DE ACTIVIDES + ANEXOS CTA MARZO 2025 P TOVAR.pdf Proveedor Descargar Detalle
PAPELES CTA ABRIL P TOVAR CTO.pdf PAPELES CTA ABRIL P TOVAR CTO.pdf Proveedor Descargar Detalle
A. INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXO CTA JUNIO P TOVAR 2025.pdf A. INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXO CTA JUNIO P TOVAR 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES + ANEXO CTA JULIO PTOVAR.pdf INFORME DE ACTIVIDADES + ANEXO CTA JULIO PTOVAR.pdf Proveedor Descargar Detalle
CTA AGOSTO + ANEXOS P TOVAR.pdf CTA AGOSTO + ANEXOS P TOVAR.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo
13°C Mayorm. nublado
Buscar
ESP LAA
8:02 p. m. 23/09/2025

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52349108
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAOLA LIZETTE TOVAR RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 66 NO. 76-66 APTO 304	TELÉFONO:	2256217
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7979183792**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1631071814

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.190.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.190.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 875.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 875.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 42.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 170.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 170.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 2.277.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 2.277.600**

Planilla Pagada

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:	PAOLA TOVAR								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52349108			
CORREO ELECTRONICO:	paotovar@gmail.com				CELULAR:	4295523 - 4162272 - 311 5782683			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) USS MENTAL FLORALIA				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE12J10	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455070004789				PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO	2412			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1621	FECHA	2025-08-11 11:43:31.000	NÚMERO DE CRP	35803	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PSIQUIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$19,136,000				
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:	$160,485,292
VALOR EJECUTADO	$142,497,292
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$19,136,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$17,988,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
7975800215/7988496582	$7,507,200	$938,400	$1,201,152	3	$182,875	$2,322,427

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
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
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PSIQUIATRÍA 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.	ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN HOSPITAL DIA QUE REQUIERAN EL MANEJO POR EL AREA DE PSIQUIATRÍA	HISTORIA CLÍNICA, EVOLUCIONES, CONSTANCIAS, INFORMES, REUNION EQUIPO
REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE SU ESPECIALIDAD	ATENCIÓN, EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, SOLICITUD DE PARACLÍNICOS SI ES NECESARIO, FORMULACIÓN DE MEDICAMENTO, PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR	HISTORIA CLÍNICA, EVOLUCIONES, CONSTANCIAS, INFORMES, REUNION EQUIPO
CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES	MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA, ATENCIÓN ÉTICA E INTEGRAL, ATENDER EN FORMA ADECUADA REQUERIMIENTOS LEGALES	HISTORIA CLÍNICA, RIPS
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	ELABORACIÓN DIARIA DE HISTORIA CLÍNICA, ELABORACIÓN DE RIPS	HISTORIA CLÍNICA, RIPS
PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA,REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO	ASISTENCIA A REUNIONES PROGRAMADAS, ELABORACIÓN DE FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS, EN EL HORARIO INDICADO, SIEMPRE Y CUANDO LOS PACIENTES NO REQUIERAN ATENCIÓN	HISTORIA CLÍNICA, RIPS HISTORIA CLÍNICA, FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS
IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE	ORIENTACIÓN CON RESPETO Y CLARIDAD SOBRE PROCEDIMIENTOS E INDICACIONES DEL PACIENTE	HISTORIA CLÍNICA, REVISTAS CLINICAS, ENTREGA DE TURNO
DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD,DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE AL PROCEDIMIENTO	MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA, ATENCIÓN ÉTICA E INTEGRAL, ATENDER EN FORMA ADECUADA REQUERIMIENTOS LEGALES	ATENCIÓN DE PACIENTES, HISTORIA CLÍNICA, INFORMES, ASISTENCIA AUDIENCIA
PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN,INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN	DILIGENCIAR DE MANERA ADECUADA Y COMPLETA LA HISTORIA CLÍNICA. DILIGENCIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO	HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN,APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED,ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE, INFORMAR DE MANERA CLARA Y EMPÁTICA SU CONDICIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA	HISTORIA CLÍNICA, INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR PRESENCIAL Y/O VÍA TELEFÓNICA
RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO,	USO CORRECTO DE MATERIAL DADO POR LA SUBRED	CUIDADO DE MATERIAL
PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO	ASISTENCIA A REUNIONES Y CAPACITACIONES REQUERIDA	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO ASISTENCIA A REUNIONES Y CAPACITACIONES REQUERIDAS
PARTICIPACIÓN EN LAS INVESTIGACIONES QUE SE ADELANTEN EN LA SUBRED QUE PERMITAN CONOCER Y PLANTEAR NUEVAS ALTERNATIVAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE LOS USUARIOS, REALIZAR SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS PARA LOS QUE SEA DESIGNADO	PARTICIPACIÓN DE INVESTIGACIONES EN CURSO Y PROPIAS.	PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE,REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO	PAGO DE SISTEMA DE SALUD EN FORMA MENSUAL Y ENTREGA DEL MISMO	COMPROBANTE DE PAGO
GENERALES: ADEMÁS DE LAS ANTERIORES Y SIN PERJUICIO DE SU AUTONOMÍA, EL CONTRATISTA TENDRÁ LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES: 1. GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS (IDONEIDAD HUMANA, MORAL Y TÉCNICA) Y DESARROLLAR LAS OBLIGACIONES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL.	ATENCIÓN INTEGRAL, HUMANA, ÉTICA Y CON EXCELENCIA A LOS PACIENTES	EVOLUCIÓN DIARIA, INTERVENCIÓN INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR, HISTORIA CLÍNICA

Copia Certificada Subred Sur Occidente

. CUMPLIR CON LAS LEYES, DECRETOS, ACUERDOS, RESOLUCIONES, CIRCULAR DE CUALQUIER ÓRGANO EXTERNO O REGLAMENTO INTERNO, CÓDIGO O DIRECTRIZ INTERNA DE LA E.S.E QUE TENGA RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO.	ACTUAR DE ACUERDO A LA LEYES NACIONALES E INTERNAS	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
CONOCER Y APLICAR LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES	ACTUAR DE ACUERDO A POLÍTICAS INSTITUCIONALES	APLICAR DOCUMENTOS INSTITUCIONALES
. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN, HABILITACIÓN Y SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN QUE ADELANTE LA SUBRED, Y APOYAR ESTOS PROCESOS CON LA INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN QUE SEA REQUERIDA, SEGÚN EL ÁREA A QUE CORRESPONDA.	PARTICIPAR ACTIVAMENTE DE TODOS LOS PROCESOS NECESARIOS PARA LA HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA IPS	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
. RESPONDER POR LAS GLOSAS GENERADAS EN EL DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. EN LOS CASOS EN LOS QUE APLIQUE EL CONTRATISTA AUTORIZA CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO EL DESCUENTO DE LOS VALORES QUE SE GENEREN POR GLOSAS DEFINITIVAS NO SUBSANABLES APLICADAS EN CONTRA DE LA E.S.E. Y CON OCASIÓN DEL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES.	EN CASO DE COMPROBACIÓN DE ERROR EN EL SERVICIO POR PARTE DEL PROFESIONAL PAGO DE GLOSAS	PAGO DE LA MISMA
OBRAR CON LEALTAD Y BUENA FE EN EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, DE ACUERDO AL CÓDIGO DEL BUEN GOBIERNO Y ÉTICA INSTITUCIONAL Y/O PROFESIONAL..	ACTUAR DE ACUERDO A LA LEYES NACIONALES E INTERNAS	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
PAGAR SUS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SOBRE LOS MONTOS LEGALES ESTABLECIDOS Y DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA TAL FIN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.	PAGO MENSUAL DE SEGURIDAD SOCIAL	COMPROBANTE DE PAGO
CUMPLIR CON LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE MANEJO, MANUALES, INSTRUCTIVOS, PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES.	APLICAR EN TODO EL EJERCICIO CLINICO BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
VELAR Y RESPONDER POR LOS RECURSOS Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, DOCUMENTOS O BIENES MUEBLES ENTREGADOS A TÍTULO DE PRÉSTAMO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. EN CASO DE INCURRIR EL CONTRATISTA, EN EXTRAVÍO, PÉRDIDA, DESTRUCCIÓN O DAÑO NO PROVENIENTE DEL USO NORMAL, DE BIENES ENTREGADOS PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES, EL CONTRATANTE QUEDA AUTORIZADO PARA DEDUCIR DE LOS SALDOS PENDIENTES A FAVOR DEL CONTRATISTA LAS SUMAS CORRESPONDIENTES COMO PAGO O REPOSICIÓN DE LOS MISMOS.	CUIDAR DE MANERA ADECUADA TODOS LOS BIENES MATERIALES DE LA IPS	ADECUADO CUIDADO DE LO BRINDADO POR LA IPS
EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.	ACTUAR CON MEJORÍA CONTINUA	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
PREPARAR Y PRESENTAR CONFORME A SU COMPETENCIA LOS INFORMES, SOLICITUDES, PETICIONES Y/O RESPUESTAS, REQUERIDAS POR LAS ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS; DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE LEY, GARANTIZANDO LA VERACIDAD, OPORTUNIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS MISMOS.	ASISTENCIA A PROCESOS CITADOS	HOJA DE ASISTENCIA, EVALUACIONES
ASISTIR Y APROBAR LOS PROCESOS DE ACTUALIZACIÓN PRESENCIALES Y VIRTUALES, INDUCCIÓN Y/O RE-INDUCCIÓN, PROGRAMADOS POR EL CONTRATANTE Y POR LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR ÉSTE, CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES.	PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS QUE REQUIERA LA SUBRED PARA LOS PROCESOS ESTATALES	HOJA DE ASISTENCIA, CERTIFICADOS
. REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL NEGOCIO JURÍDICO E INFORMAR DE MANERA OPORTUNA LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN LA EJECUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS.	ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN HOSPITAL DIA QUE REQUIERAN EL MANEJO POR EL AREA DE PSIQUIATRÍA	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
. EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A SALVAGUARDAR LA IMAGEN INSTITUCIONAL. CUALQUIER ACTUACIÓN O PRONUNCIAMIENTO ALGUNO QUE HICIERE SIN EL CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LA E.S.E, QUE COMPROMETA EL BUEN NOMBRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. O DE CUALQUIERA DE SUS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SERÁ MOTIVO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.	ACTUACIÓN DE MANERA ÉTICA Y HONESTA, SOLO DAR LA INFORMACIÓN AUTORIZADA POR LA ENTIDAD	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
EN CASO DE SER DESIGNADO SUPERVISOR DE UN CONTRATO, REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL NEGOCIO JURÍDICO ENCOMENDADO, RESPONDIENDO FISCAL, DISCIPLINARIA Y PENALMENTE POR EL MANEJO DE LOS RECURSOS Y ACTIVIDADES QUE ELLO CONLLEVE.	VIGILANCIA DEL ADECUADO DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA EN CASO DE SER DESIGNADO COMO SUPERVISOR	DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN EL CASO
EL CONTRATISTA, CUANDO EXISTA UNA NECESIDAD FUNDAMENTAL EN EL MARCO DE SITUACIONES DE EMERGENCIA DONDE TENGA QUE INTERVENIR EL SECTOR SALUD, DEBE GARANTIZAR LA ATENCIÓN MÉDICA Y/O APOYO A LA MISMA AL SER CONSECUENCIA LÓGICA DE LA MISIÓN MÉDICA.	ACTIVIDAD MÉDICA SEGÚN MISIÓN MÉDICA	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES

Copia certificada Subred Suroccidente

. UNA VEZ TERMINADO EL CONTRATO, POR TERMINACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN O ANTICIPADAMENTE, EL CONTRATISTA SE OBLIGA A DAR TRÁMITE DE PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO CON LA ENTIDAD, EL CUAL DEBERÁ ALLEGAR CON LA ÚLTIMA CUENTA DE COBRO, SO PENA DE NO CERTIFICAR EL ÚLTIMO SERVICIO RECIBIDO.	DAR TRÁMITE A LAS OBLIGACIONES REQUERIDAS PARA PAZ Y SALVO CON LA ENTIDAD	DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN CASO
CONOCER, PROMOVER Y APLICAR LAS NORMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL Y RESIDUOS HOSPITALARIOS, HACIENDO USO EFICIENTE DE LOS INSUMOS PUESTOS A SU DISPOSICIÓN, ASÍ COMO DE LOS RECURSOS DE AGUA Y ENERGÍA Y CONTRIBUIR CON EL RECICLAJE.	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
CUMPLIR CON LOS PLANES DE EMERGENCIA INSTITUCIONALES Y NORMAS DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES PROCURANDO EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD, CONTANDO CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL NECESARIOS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD CONTRATADA E INFORMANDO A LA SUBRED SUR LA OCURRENCIA DE INCIDENTES O ACCIDENTES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	ADECUADO USO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
. SI EL CONTRATISTA DESARROLLA ACTIVIDADES EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, URGENCIAS Y/O COMPLEMENTARIOS, COMO MÉDICO, MÉDICO ESPECIALISTA, ODONTÓLOGO, ODONTÓLOGO ESPECIALISTA, PROFESIONAL EN ENFERMERÍA O BACTERIÓLOGO, SE OBLIGA A CONSTITUIR Y MANTENER VIGENTE GARANTÍA O PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD, EXPEDIDA POR ENTIDAD LEGALMENTE AUTORIZADA, LA CUAL SERÁ SOLICITADA POR LA ENTIDAD EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA SU SOPORTE	TENER PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD MÉDICO LEGAL ACTIVA	POLIZA VIGENTE
EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REALIZAR ACTIVIDADES DE DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN CUANDO LO REQUIERA LA SUBRED DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO PARA ELLO	ACTIVIDADES DOCENTES DE ACUERDO A PERFIL	REVISTA CLINICA, SEMINARIOS, APOYO EN TRABAJO ASISTENCIAL
DESARROLLAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL	ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN HOSPITAL DIA QUE REQUIERAN EL MANEJO POR SALUD MENTAL	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
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