

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                   |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                            |                   |                          |                                                                   |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                   |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          | Luisa Fernanda Solano suarez                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | C.C                                                               | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1042454606 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          | luisafernandasolanosuarez@gmail.com                               |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3023045626 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                                                                   |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          | U C S ATENCION DOMICILIARIA SALUD MENTAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                       | Centro de costo   | %                        |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | KE10V07-14        | 100                      |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                                   |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          | 91231456088                                                       |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                |                   |                          |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                      |                   | 7344                     |                                                                   |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                           | 248               | FECHA                    | 2026-01-09 00:00:00.000                                           | NÚMERO DE CRP       | 1975                             | FECHA         | 2026-01-09 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | PSICOLOGO                |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | DESDE                                                             | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                   | 2026-03-01          |                                  |               | 2026-03-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                                                                   | \$4,844,100         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                   |                     |                                  | \$29,064,600  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                   |                     |                                  | \$21,587,400  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                                   |                     |                                  | \$4,844,100   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                   |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                   |                     |                                  | \$7,477,200   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                   |                     |                                  | 74%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 52518194                                                                                                                                                                                                                                                                | \$1,800,960       | \$225,120                | \$288,154                                                         | 3                   | \$43,871                         | \$557,145     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br><div style="text-align: center;">           Angie Paola Buitrago Colorado<br/>           1013667933<br/>           Supervisor         </div> |                   |                          |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Prestar los servicios profesionales como psicólogo dentro del programa de Salud Mental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. durante el tiempo de disponibilidad establecido en el requerimiento cumpliendo con los estándares de calidad oportunidad y las normas de habilitación vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | si se Prestar los servicios profesionales como psicólogo dentro del programa de Salud Mental                                                                                                                                               | si se Prestar los servicios profesionales como psicólogo dentro del programa de Salud Mental                                                                                                                                               |
| 2. Realizar la valoración diagnóstica terapéutica y estabilización de pacientes de acuerdo con las solicitudes del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | si se Realizar la valoración diagnóstica terapéutica y estabilización de pacientes de acuerdo con las solicitudes del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).                                                                  | presencialmente se realiza la valoración                                                                                                                                                                                                   |
| 3. Ejecutar las intervenciones necesarias conforme a la condición clínica del paciente en el marco del plan integral de manejo en salud mental realizando seguimiento y control de pacientes que lo requieran conforme a criterios de pertinencia clínica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ejecutar las intervenciones necesarias conforme a la condición clínica del paciente                                                                                                                                                        | si se ejecuta Ejecutar las intervenciones necesarias conforme a la condición clínica del paciente                                                                                                                                          |
| 4. Informar al paciente y a su familia sobre su condición plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Informar al paciente y a su familia sobre su condición plan de manejo y atención.                                                                                                                                                          | Informar al paciente y a su familia sobre su condición plan de manejo y atención.                                                                                                                                                          |
| 5. Realizar los reportes radiales con información relevante del paciente para efectos de regulación médica y traslado e informar al médico regulador y otros actores sobre emergencias cuando se requiera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | se realizan los reportes radiales con la información relevante del paciente                                                                                                                                                                | via radial                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6. Diligenciar de manera completa clara y oportuna todos los registros propios del programa de salud mental (Historia Clínica de valoración formato fallido y cancelado consentimiento y desistimiento de traslado cadena de custodia formato de elementos de protección personal formatos limpieza y desinfección entre otros en el aplicativo y medio físico inmediatamente después de finalizada la atención del paciente. El incumplimiento genera responsabilidad frente al pago correspondiente al valor del servicio prestado. Solicitar y adjuntar los soportes necesarios para la autorización y facturación de traslados y valoraciones cargándolos correctamente en el aplicativo o medio físico correspondiente evitando glosas o negaciones de pago por parte de las EPS | si se diligencia de manera oportuna cada registro de paciente                                                                                                                                                                              | plataforma                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7. Solicitar y adjuntar los soportes necesarios para la autorización y facturación de traslados y valoraciones cargándolos correctamente en el aplicativo o medio físico correspondiente evitando glosas o negaciones de pago por parte de las EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | se adjuntan datos de paciente                                                                                                                                                                                                              | via whatsapp                                                                                                                                                                                                                               |
| 8. Acatar las directrices operativas y los llamados generados por el CRUE garantizando el cumplimiento de las metas y actividades asignadas conforme al cronograma establecido sin exceder jornadas superiores a doce ( 12 ) horas continuas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Acatar las directrices operativas y los llamados generados por el CRUE garantizando el cumplimiento de las metas y actividades asignadas conforme al cronograma establecido sin exceder jornadas superiores a doce ( 12 ) horas continuas. | Acatar las directrices operativas y los llamados generados por el CRUE garantizando el cumplimiento de las metas y actividades asignadas conforme al cronograma establecido sin exceder jornadas superiores a doce ( 12 ) horas continuas. |
| 9. Realizar el diligenciamiento completo veraz y oportuno de los formatos establecidos para la notificación y vigilancia de eventos específicos en salud pública como son: Formato para la Captura de Datos del Evento Violencia Intrafamiliar Maltrato Infantil y Violencia Sexual – SIVIM correspondiente al sistema de Vigilancia Epidemiológica para estos eventos Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS relacionado con la notificación y seguimiento de casos asociados a conducta suicida y Formato de Registro de Consumo de Sustancias Psicoactivas – VESPA para la vigilancia del consumo de sustancias psicoactivas el reporte no debe superar las horas de la identificación del caso.                                                   | se realizan diligenciamiento oportuno y completo referente a los formatos establecidos                                                                                                                                                     | manual y plataforma                                                                                                                                                                                                                        |
| 10. Cumplir con los lineamientos del manual de bioseguridad y las disposiciones de seguridad del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cumplir con los lineamientos del manual de bioseguridad y las disposiciones de seguridad del paciente.                                                                                                                                     | Cumplir con los lineamientos del manual de bioseguridad y las disposiciones de seguridad del paciente.                                                                                                                                     |
| 11. Reportar y registrar sucesos de seguridad dando cumplimiento a los cronogramas de mantenimiento de equipos biomédicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Reportar y registrar sucesos de seguridad dando cumplimiento a los cronogramas de mantenimiento de equipos biomédicos.                                                                                                                     | Reportar y registrar sucesos de seguridad dando cumplimiento a los cronogramas de mantenimiento de equipos biomédicos.                                                                                                                     |
| 12. Responder por los elementos e insumos asignados asegurando su correcto uso racionalización y entrega al finalizar el contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Responder por los elementos e insumos asignados asegurando su correcto uso racionalización y entrega al finalizar el contrato.                                                                                                             | Responder por los elementos e insumos asignados asegurando su correcto uso racionalización y entrega al finalizar el contrato.                                                                                                             |
| 13. Verificar el funcionamiento de equipos biomédicos y de apoyo diagnóstico antes de cada operación (verificación preoperacional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Verificar el funcionamiento de equipos biomédicos y de apoyo diagnóstico antes de cada operación (verificación preoperacional.                                                                                                             | Verificar el funcionamiento de equipos biomédicos y de apoyo diagnóstico antes de cada operación (verificación preoperacional.                                                                                                             |
| 14. Participar en jornadas de capacitación inducción reuniones equipos de mejoramiento y eventos institucionales a los que sea convocado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | se participa de las capacitaciones                                                                                                                                                                                                         | se participa de las capacitaciones                                                                                                                                                                                                         |
| 15. Conocer y aplicar los procedimientos guías instructivos y protocolos establecidos por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Conocer y aplicar los procedimientos guías instructivos y protocolos establecidos por la Subred.                                                                                                                                           | Conocer y aplicar los procedimientos guías instructivos y protocolos establecidos por la Subred.                                                                                                                                           |
| 16. Portar las prendas institucionales establecidas en el manual de imagen del CRUE el carné institucional y la tarjeta de identificación de misión médica en lugar visible conforme a la Resolución de .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | se portan todas las prendas establecidas                                                                                                                                                                                                   | se portan todas las prendas establecidas                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 17. Atender los requerimientos derivados del sistema de PQRS novedades asistenciales o administrativas generadas por el CRUE o la Subred. Participar en la atención de emergencias y en el cubrimiento de eventos especiales tales como visitas oficiales atención de altos dignatarios y demás actividades que sean solicitadas por la supervisión del convenio realizando el diligenciamiento correspondiente en el sistema de información habilitado para tal fin. | no aplica | no aplica |
| 18. Participar en la atención de emergencias y en el cubrimiento de eventos especiales tales como visitas oficiales atención de altos dignatarios y demás actividades que sean solicitadas por la supervisión del convenio realizando el diligenciamiento correspondiente en el sistema de información habilitado para tal fin.                                                                                                                                       | no aplica | no aplica |

Angie Paola Buitrago Colorado  
1013667933  
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