Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 03**
**FECHA: 2021-12-27**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 6525 2022 | **C.D.P. No.:** | 3593 | **Proceso que pertenece:** | CONVENIO 0002-2022 |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | CONSULTA EXTERNA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** IVAN CAMILO VIVAS ROJAS **C.C.** 1.018.482.529 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** 2022-11-10 **Fecha Terminación inicial:** 2022-12-31 **Valor Mensual:** $ 4.311.304 **Valor a cobrar:** $ 421.758

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.311.304 | 4080 | 2023-01-01 | 2023-01-31 |
| 2 | $ 5.154.820 | 230 | 2023-02-01 | 2023-02-28 |
| 3 | $ 4.311.304 | 557 | 2023-03-01 | 2023-03-31 |
| 4 | $ 4.598.724 | 870 | 2023-04-01 | 2023-05-02 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NOVIEMBRE | $ 3.303.771 | | | |
| 2 | DICIEMBRE | $ 4.311.304 | $ 540.200 | 63971250 | 12/12/2022 |
| 3 | ENERO | $ 4.311.304 | $ 544.500 | 64176240<br>64836679 | 04/01/2023<br>2023/01/17 |
| 4 | FEBRERO | $ 4.311.304 | $ 546.900 | 65506581 | 13/02/2023 |
| 5 | MARZO | $ 4.311.304 | $ 547.000 | 65645256 | 13/03/2023 |
| 6 | ABRIL | $ 4.311.304 | $ 544.100 | 66406882 | 5/04/2023 |
| 7 | ABRIL | $ 421.758 | $ 544.100 | 66406882 | 5/04/2023 |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 7.760.347 | $ 26.136.499 | $ 25.282.049 | $ 854.450 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 0002 DE 2022

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2023-04-01 **Hasta:** 2023-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Se realiza atención a la población con riesgo en salud mental como: I casos de intento suicida menos de 28 años; II. Intentos suicidas reiterados por más de dos veces; III. Maltrato infantil reiterado por más de dos veces, en ese orden de ideas la población que serán abordados por el profesional en psicología no deberá estar en proceso de atención por Entornos Cuidadores, por lo tanto, las características de la población que abordarán los profesionales en psicología de EAC. | Realizar atención a la población con riesgo de salud mental de acuerdo a la guia operativa. | Consentimiento informado, historia clinica, aplicación de pruebas, planilla de psicologos, EP+ plus. |
| 2 | Riesgo alto identificado por EAC que no son están siendo atendidos por Entornos Cuidadores. | Atención a la población con riesgo alto en salud mental que no este siendo atendido por otros entornos. | Consentimiento informado, historia clinica, aplicación de pruebas, planilla de psicologos, EP+ plus. |
| 3 | Problemas en salud mental (problemas o síntomas que no constituyen un trastorno psiquiátrico tanto en niños, adolescentes y adultos, pero que producen malestar emocional y disfunción en la capacidad de relacionarse con los otros y requieren apoyo social y clínico, en aras de prevenir posibles trastornos (ENSM2015) | Realizar la aplicación de los tamizajes Zung, Hamilton, Wwhodas. | Consentimiento informado, historia clinica, aplicación de pruebas, planilla de psicologos, EP+ plus. |
| 4 | Los problemas mentales se configuran como los eventos que en materia psicosocial principalmente presenta un individuo e incluso colectivos entre los cuales se destaca, el consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, problemas con el acto de comer, las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos, problemas de aprendizaje, y dificultades en las relaciones en el contexto familiar, social, laboral y ambiental) identificados por los EAC que no están siendo atendidos por Entornos Cuidadores | Realizar atención a los problemas mentales se configuran como los eventos que en materia psicosocial | Consentimiento informado, historia clinica, aplicación de pruebas, planilla de psicologos, EP+ plus. |
| 5 | Casos de intento suicida mayores de 28 | Se realiza atención a usuarios con intentos suicidas mayores de 28 años. | Consentimiento informado, historia clinica, aplicación de pruebas, planilla de psicologos, EP+ plus. |
| 6 | Maltrato Infantil reiterados que no son están siendo atendidos por Entornos Cuidadores. | Realizar seguimiento y acompañamiento a los casos de maltrato infantil que no estan siendo atendidos por otros entornos cuidadores. | Consentimiento informado, historia clinica, aplicación de pruebas, planilla de psicologos, EP+ plus. |
| 7 | Problemas en salud mental identificados por los EAC. | Realizar valoración a los problemas de salud mental identificados por EAC. | Consentimiento informado, historia clinica, aplicación de pruebas, planilla de psicologos, EP+ plus. |
| 8 | Quienes no estén en atención en la Ruta de Atención en Salud Mental. La descripción de las actividades de esta atención por Psicología se realiza en la Guia Operativa de Salud Mental EAC. | Realizar atención a los usuarios que no esten en las RIAS. | Consentimiento informado, historia clinica, aplicación de pruebas, planilla de psicologos, EP+ plus. |
| 9 | Deberan asistir a los comite de cuidado,entre otras actividades para la operatividad | Asistir a los comites de cuidado | Acta de asistencia a los comites de cuidado. |
| 10 | Entre otras actividades para la operatividad del convenio. CONVENIO 0002 DE 2022. | Realizar actividades que ayuden con la ejecución del convenio. | Actas de actividades adicionales. |

**Observaciones:**

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión.. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

**Firma del Contratista**
**C.C.** 1.018.482.529 **de** Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | Julí Paola Neira Bautista |
| CARGO: | Directora Servicios Ambulatorios |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | N/A |
| CARGO: | N/A |
| FIRMA | N/A |

Cuenta de cobro 007 2023

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

## IVAN CAMILO VIVAS ROJAS

CC 1.018.482.529 De Bogotá

LA SUMA DE:

CUATROCIENTOS VEINTIÚN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

($ 421.758)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato N° PS 6525 - 2022
Correspondiente del 01 al 30 de abril de 2023

Objeto:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 0002 DE 2022.

Cordialmente,

IVAN CAMILO VIVAS ROJAS
Teléfono: 3183951719
Dirección: KR 147 A 142 50
Cuenta de Ahorros N° 24055875642
Banco: Caja Social

Fecha: 31 de Mayo de 2023

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018482529 | IVAN CAMILO VIVAS ROJAS | carrera 147 a 142 50 | 3064899 | icvivas24@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-03 | 2023-03 | I | 05/04/2023 | 66406882 | $544.100 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 215.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 215.600 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 276.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 276.000 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-6 | 42.100 | | | | 42.100 | 0 | 0 | 42.100 | | | 421 | 42.100 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 10.400 | 0 | 0 | 10.400 | 1 |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 215.600 | 215.600 |
| Pensión | 1 | 276.000 | 276.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.100 | 42.100 |
| CCF | 1 | 10.400 | 10.400 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 544.100 | 544.100 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información