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 5472 2023	C.D.P. No.:	1399	Proceso que pertenece:	CONVENIO 0002-2023
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA	C.C.	1.072.961.019	de:	ANAPOIMA CUNDINAMARCA
Fecha Inicio:	2023-05-18	Fecha Terminación inicial:	2023-06-06	Valor Mensual:	$ 4.613.064
Valor a cobrar:	$ 6.117.324				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.365.194	1654	2023-06-07	2023-07-06
2	$ 6.117.324	1983	2023-07-06	2023-08-07
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	$ 2.306.532	$ 559.700	1053155982	9/5/2023
2	JUNIO	$ 5.365.194	$ 556.900	1055274714	6/6/2023
3	JULIO	$ 6.117.324	$ 668.200	1056115402 - 1056282363	07/2023 - 19/07/20
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.075.376	$ 14.557.894	$ 13.789.050	$ 768.844

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 0002 DE 2023

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-07-01 Hasta: 2023-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1.	Elaborar el plan de cuidado por integrante del hogar	Aplicación de escalas y preguntas claves para generar plan de cuidado según necesidades.	Generar plan de cuidado y link
2.	Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Historia Clínica, Plan de cuidado
3.	Asistencia a comité	Acudir al comité semanal y participar activamente.	Acta del comité y firma de asistencia
4.	Entre otras actividades que permitan la ejecucion del convenio	Asistir a conglomerados y realizar valoraciones y acciones de cuidado de enfermería	Asistencia a conglomerados
5.	Registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado individual con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación.	Llenar bases de datos según valoracion de personas y familias, etapas de vida y necesidades.	Historia clinica, Plan de cuidado
6.	En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizar la	Reportar y canalizar en maximo 24 horascualquier caso de alta prioridad	Formatos de reporte, Canalización.
7.	Identificar los principales cambios en el desarrollo	Examen fisico realzado en consulta	Plan de cuidado e historia clinica
8.	Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Plan de cuidado e historia clinica
9.	Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud.	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Plan de cuidado e historia clinica
10.	Cuando se requiera comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo	Realizar llamada a especialistas según necesidad.	Plan de cuidado e historia clinica
11.	Llamar al auxiliar de enfermeria del grupo familiar para agendar cita con especialistas.	Contacto según necesidad.	Plan de cuidado e historia clinica
12.	Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes	Según guia operativa y lo observado en la valoracion integral.	Plan de cuidado e historia clinica
13.	Concertar el plan de cuidado por integrante del hogar.	Según resultados de la valoración dar plan de cuidado familiar.	Plan de cuidado e historia clinica
14.	En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes pertenece a población de priorizada como mujeres gestantes, niños menores de cinco (5) años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas en condición de	Según poblacion de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento	Plan de cuidado e historia clinica
15.	Debe verificar para todos los usuarios valorados en el Hogar hayan acudido a todas las atenciones definidas en el curso de vida por la Resolución 3230 de 2018 en el caso contrario, ordenar o canalizar.	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Historia clinica
16.	En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficios debe remitir la información al grupo familiar para la gestión de la afiliación de oficio a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT)	Realizar afiliación por oficio según criterios	Afiliación
17.	Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta provista para tal fin.	Según poblacion de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento	Plan de cuidado e historia clinica
18.	En caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas, los integrantes del Grupo Base asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir	Según estado de salud de los usuarios, si es necesario llamar al CRUE.	Historia clinica y plan de cuidado
19.	Realizar Canalización SIRC	Canalizar a SIRC	Canalizacion SIRC

Convenio No. 002 - 2022

Fecha:

DÍA:	MES:	AÑO:

Yo, _____ identificado con No de documento _____actuando como paciente del profesional en Psicología _____ de la Subred integrada de servicios de salud _____, desisto en forma expresa de no continuar con la intervención Psicológica.

En constancia, firman:

Nombre del paciente:
Documento de Identidad:
Firma:

Nombre del profesional:
Documento de Identidad:
Firma:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

20.	Valoraciones Integrales en Jornada de Salud en Conglomerados	Asistir a conglomerados y realizar valoraciones y acciones de cuidado de enfermeria	Asisitencia a conglomerados, historia clinica
21.	Detección temprana de alteraciones, formulación y educación en salud-casa a casa.	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Plan de cuidado e historia clinica
22.	Asistencia al comite de salud	Asisttir a comites semanales.	Actas y firmas de asistencias
23	Entre otras actividades que permitan la ejecucion del convenio	Asistir a todas las capacitaciones programadas	Firmas de asistencias

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. 1.072.961.019 de ANAPOIMA CUNDINAMARCA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	Juli Paola Neira Bautista
CARGO:	Director Servicios Ambulatorios
FIRMA	

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

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 5472 2023	**C.D.P. No.:**	1399	**Proceso que pertenece:**	CONVENIO 0002-2023
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA **C.C.** 1.072.961.019 **de:** ANAPOIMA CUNDINAMARCA

Fecha Inicio: 2023-05-18 **Fecha Terminación Inicial:** 2023-06-06 **Valor Mensual:** $ 4.613.064 **Valor a cobrar:** $ 6.117.324

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.365.194	1654	2023-06-07	2023-07-06
2	$ 6.117.324	1983	2023-07-06	2023-08-07
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	$ 2.306.532	$ 559.700	1053155982	9/5/2023
2	JUNIO	$ 5.365.194	$ 556.900	1055274714	6/6/2023
3	JULIO	$ 6.117.324	$659,100	1056115402	12/07/2023
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.075.376	$ 14.557.894	$ 13.789.050	$ 768.844

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 0002 DE 2023

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-07-01 **Hasta:** 2023-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1.	Elaborar el plan de cuidado por integrante del hogar	Aplicación de escalas y preguntas claves para generar plan de cuidado según necesidades.	Generar plan de cuidado y link
2.	Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Historia Clínica, Plan de cuidado
3.	Asistencia a comité	Acudir al comité semanal y participar activamente.	Acta del comité y firma de asistencia
4.	Entre otras actividades que permitan la ejecucion del convenio	Asistir a conglomerados y realizar valoraciones y acciones de cuidado de enfermería	Asistencia a conglomerados
5.	Registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado individual con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación.	Llenar bases de datos según valoracion de personas y familias, etapas de vida y necesidades	Historia clinica, Plan de cuidado
6.	En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizar la	Reportar y canalizar en maximo 24 horascualquier caso de alta prioridad	Formatos de reporte, Canalización.
7.	Identificar los principales cambios en el desarrollo	Examen fisico realzado en consulta	Plan de cuidado e historia clinica
8.	Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Plan de cuidado e historia clinica
9.	Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud.	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Plan de cuidado e historia clinica
10.	Cuando se requiera comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo	Realizar llamada a especialistas según necesidad.	Plan de cuidado e historia clinica
11.	Llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar para agendar cita con especialistas.	Contacto según necesidad.	Plan de cuidado e historia clinica
12.	Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes	Según guia operativa y lo observado en la valoracion integral.	Plan de cuidado e historia clinica
13.	Concertar el plan de cuidado por integrante del hogar.	Según resultados de la valoración dar plan de cuidado familiar.	Plan de cuidado e historia clinica
14.	En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes pertenece a población de priorizada como mujeres gestantes, niños menores de cinco (5) años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas en condición de	Según poblacion de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento	Plan de cuidado e historia clinica
15.	Debe verificar para todos los usuarios valorados en el Hogar hayan acudido a todas las atenciones definidas en el curso de vida por la Resolución 3230 de 2018 en el caso contrario, ordenar o canalizar.	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Historia clinica
16.	En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficios debe remitir la información al grupo familiar para la gestión de la afiliación de oficio a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT)	Realizar afiliación por oficio según criterios	Afiliación
17.	Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin.	Según poblacion de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento	Plan de cuidado e historia clinica
18.	En caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas, los integrantes del Grupo Base asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud – IPS que pueda atenderlo.	Según estado de salud de los usuarios, si es necesario llamar al CRUE.	Historia clinica y plan de cuidado
19.	Realizar Canalización SIRC	Canalizar a SIRC	Canalizacion SIRC

Cuenta de cobro 003- 2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA
C.C.1.072.961.019 de ANAPOIMA CUNDINAMARCA

LA SUMA DE:

SEIS MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

($6.117.324)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5472 - 2023** correspondiente del 01 al 31 de JULIO de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023

Cordialmente,

Jhoana Torres.

Nombre completo (LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA)
C.C. 1.072.961.019
Teléfono: 313 4664899 Dirección:CR 24C 54 60 SUR INT 6 APT 302
No Cuenta : 0550468500023899 Ahorros
Banco: DAVIVIENDA
Fecha: 31 JULIO 2023

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-07-12, 04:36:28 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1056115402

Periodo Cotización: junio de 2023 **Periodo Servicio:** junio de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8855047570

PAGADO 12/07/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEYDY JOHANA TORRES VALDERRAMA		
Documento	CC1072961019	**Dirección**	CRA 24 C # 54 - 60 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134664899
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1072961019	LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA	59	00										X							0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2,120,000	$ 339,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2,120,000	$ 265,000	2,436	$ 2,120,000	$ 51,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 655,900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2,120,000	$ 2,120,000	$ 2,120,000	$ 0	$ 339,200	$ 265,000	$ 51,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 655,900	$ 3,900	$ 659,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-07-19, 08:26:32 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1056282363

Nro Planilla Corregida: 1056115402 **Periodo Cotización:** junio de 2023 **Periodo Servicio:** junio de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8846295440

PAGADO 19/07/2023

DATOS DEL APORTANTE

azón Social	LEYDY JOHANA TORRES VALDERRAMA		
ocumento	CC1072961019	**Dirección**	CRA 24 C # 54 - 60 SUR
ipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134664899
ipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
iudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
epresentante Legal		**Identificación**	
otal Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
dentificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
1072961019	LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA	59	00									A	X							0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.120.000	$ 339.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.120.000	$ 265.000	2,436	$ 2.120.000	$ 51.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
1072961019	LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA	59	00									C	X							0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.146.077	$ 343.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.146.077	$ 268.300	2,436	$ 2.146.077	$ 52.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 26.077	$ 26.077	$ 26.077	$ 0	$ 4.200	$ 3.300	$ 600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.100	$ 300	$ 8.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Convenio No. 002 - 2022

Fecha:

DÍA:	MES:	AÑO:

Yo, _____ identificado con No de documento _____actuando como paciente del profesional en Psicología _____ de la Subred integrada de servicios de salud _____, desisto en forma expresa de no continuar con la intervención Psicológica.

En constancia, firman:

Nombre del paciente:
Documento de Identidad:
Firma:

Nombre del profesional:
Documento de Identidad:
Firma:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.