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: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 5567-2023 | **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:** CAROLINA RIAÑO GOMEZ **C.C.** 1.018.424.255 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2023-05-18 **Fecha Terminación inicial:** 2023-06-06 **Valor Mensual:** $ 4.613.064 **Valor a cobrar:** $ 4.537.851

| ADICIÓN/ OTRO SÍ | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.613.064 | 1654 | 2023-06-06 | 2023-07-06 |
| 2 | $ 4.613.064 | 1983 | 2023-07-07 | 2023-08-06 |
| 3 | $ 4.964.058 | 2295 | 2023-08-07 | 2023-09-06 |
| 4 | $ 4.613.064 | 2802 | 2023-09-06 | 2023-10-06 |
| 5 | $ 4.613.064 | 3415 | 2023-10-07 | 2023-11-06 |
| 6 | $ 3.849.149 | 4000 | 2023-11-07 | 2023-12-06 |
| 7 | $ 2.721.708 | 4117 | 2023-12-07 | 2024-02-01 |
| 8 | $ 8.195.877 | 123 | 2023-12-07 | 2024-02-01 |
| 9 | $ 2.921.607 | 878 | 2024-02-02 | 2024-03-31 |
| 10 | $ 9.226.128 | 1116 | 2024-04-01 | 2024-04-30 |

| 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 | $ 588.200 | 7882037012 | 17/5/2023 |
| 2 | JUNIO | $ 4.613.064 | $ 358.900 | 7882037012 | 14/6/2023 |
| 3 | JULIO | $ 4.613.064 | $ 571.000 | 7889016975 | 13/7/2023 |
| 4 | JULIO | $ 350.994 | $ 571.000 | 7889016975 | 13/7/2023 |
| 5 | AGOSTO | $ 4.613.064 | $ 571.000 | 7889019699 | 10/8/2023 |
| 6 | SEPTIEMBRE | $ 4.587.993 | $ 615.200 | 7892437191 | 14/9/2023 |
| 7 | OCTUBRE | $ 4.613.064 | $ 621.600 | 7896563892 | 23/10/2023 |
| 8 | NOVIEMBRE | $ 4.613.064 | $ 614.400 | 7901636030 | 15/11/2023 |
| 9 | DICIEMBRE | $ 2.721.708 | $ 575.500 | 7904600411 | 22/12/2023 |
| 10 | DICIEMBRE | $ 1.891.356 | $ 575.500 | 7904600411 | 22/12/2023 |
| 11 | ENERO | $ 4.613.064 | $ 616.700 | 7909027068 | 19/1/2024 |
| 12 | FEBRERO | $ 4.613.064 | $ 618.900 | 7912576838 | 21/02/2024 |
| 13 | MARZO | $ 4.613.064 | $ 621.400 | 7916411574 | 26/3/2024 |
| 14 | ABRIL | $ 4.537.851 | $ 620.300 | 7920410221 | 22/4/2024 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.075.376 | $ 53.406.159 | $ 53.300.946 | $ 105.213 |

## 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 2023

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2024-04-01 **Hasta:** 2024-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO 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 | 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 sintomas 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, Whodas. | 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 Guía 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 2023. | 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. 1018474753 de Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Juli Paola Neira Bautista |
| **CARGO:** | Directora Servicios Ambulatorios |
| **FIRMA** | |

*Cuenta de cobro 14- 2024*

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

CAROLINA RIAÑO GOMEZ
C.C. 1018424255 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**(CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UNO M/CTE)**
**($4.537.851)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5567- 2023** correspondiente del 01 al 30 de abril de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO (A) 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,**

CAROLINA RIAÑO GOMEZ
C.C. 1018424255
Teléfono: 3105809291
Dirección: Kra 79 F N 46-45 sur
No Cuenta: 273189995-50 cuenta de ahorros
Banco: BANCOLOMBIA
Fecha: 30 de abril del 2024.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1018424255 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CAROLINA RIANO GOMEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 70F N 46-45 SUR BLQ 6 APT 404 | TELÉFONO: | 2992164 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7920410221 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2024 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 11 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/04/22 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 590584480 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 317.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.000 | $ 0 | $ 317.700 | $ 3.000 | $ 320.700 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 317.700 | $ 3.000 | $ 320.700 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 248.300 | $ 0 | $ 2.400 | $ 0 | $ 248.300 | $ 2.400 | $ 0 | $ 250.700 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 248.300 | $ 2.400 | $ 0 | $ 250.700 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 48.400 | $ 48.400 | $ 500 | $ 0 | $ 48.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 48.400 | $ 500 | $ 0 | $ 48.900 |

Planilla Pagada

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1018424255 | RIANO GOMEZ CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.985.623 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.985.623 | $ 317.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 317.700 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.985.623 | $ 248.300 | $ 0 | $ 248.300 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.985.623 | 1018424255 | $ 48.400 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 620.300 |
|---|---|