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 5586 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: KAREN VIVIANA GONZALEZ MARTINEZ C.C. 1.012.456.688 de: BOGOTA

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

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1	$ 4.613.064	1654	07/06/2023	06/07/2023
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	2023-09-07	2023-10-06
5	$ 4.613.064	3514	2023-10-07	2023-11-06
6	$ 3.874.223	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
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	$ 568.200	67699228	15/05/2023
2	JUNIO	$ 4.613.064	$ 452.200	68583912	14/06/2023
3	JULIO	$ 4.613.064	$ 608.000	69350276	14/17/2023
4	JULIO EXTRAS	$ 350.994	$ 608.000	69350276	10/08/2023
5	AGOSTO	$ 4.613.064	$ 608.000	70001057	10/08/2023
6	SEPTIEMBRE	$ 4.613.064	$ 608.000	70885801	14/09/2023
7	OCTUBRE	$ 4.613.064	$ 654.200	70885674	23/10/2023
8	NOVIEMBRE	$ 4.613.064	$ 608.000	72330618	14/11/2023
9	DICIEMBRE	$ 2.721.708	$ 608.000	73130370	26/12/2023
10	DICIEMBRE	$ 1.891.359	$ 608.000	73130370	26/12/2023
11	ENERO 2024	$ 4.613.064	$ 608.000	73878121	16/01/2024
12	FEBRERO 2024	$ 4.613.064	$ 608.000	74624288	13/02/2024
13	MARZO	$ 4.613.064	$ 610.700	75421048	26-03-2024
14	ABRIL	$ 4.613.064	$ 610.700	76170339	24/04/2024
15					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.075.376	$ 53.431.233	$ 53.401.233	$ 30,000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS 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 período: Desde: 2024-04-01 Hasta: 2024-04-30

OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
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 psicologia de EAC, serán:	- Salida a territorio, identificación de población a través de tamizaje de ansiedad y depresió	Consentimiento informado, Cuestionario Zung,
2 Riesgo alto identificado por EAC que no son están siendo atendidos por Entornos Cuidadores.	- Salida a territorio, identificación de población a través de tamizaje de ansiedad y depresió	Consentimiento informado, Cuestionario Zung,
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 clinico, en aras de prevenir posibles trastomos (ENSM2015)	- Salida a territorio, identificación de población a través de tamizaje de ansiedad y depresió	Consentimiento informado, Cuestionario Zung,
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.	- Salida a territorio, identificación de población a través de tamizaje de ansiedad y depresió	Consentimiento informado, Cuestionario Zung,
5.Casos de intento suicida mayores de 28	- Salida a territorio, identificación de población a través de tamizaje de ansiedad y depresió	Consentimiento informado, Cuestionario Zung,
6. Maltrato Infantil reiterados que no son están siendo atendidos por Entornos Cui	- Salida a territorio, identificación de población a través de tamizaje de ansiedad y depresió	Consentimiento informado, Cuestionario Zung,
7.Problemas en salud mental identificados por los EAC sin inter	- Salida a territorio, identificación de población a través de tamizaje de ansiedad y depresió	Consentimiento informado, Cuestionario Zung,
8. Quienes no estén en atención en la Ruta de Atención en Salud Mental.La descripción de las actividades de esta atención por Psicologia se realiza en la Guía Operativa de Salud Mental EAC, Asi mismo	- Salida a territorio, identificación de población a través de tamizaje de ansiedad y depresió	Consentimiento informado, Cuestionario Zung,
9. Asisitir a los comite de cuidado	Asistencia a las diferentes reuniones y comites pactados con la finalidad del cumplimiento	Actas, listados de asistencia
10. Otras actividades	Asistencia a capacitaciones de otros departamentos (ej, sistemas) para el conocimiento de l	Actas, listados de asistencia

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.

Karen Gonzalez M.
Firma del Contratista
C.C. de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	Juli Paola Neira Baquista
CARGO:	Directora Servicios Ambulatorios
FIRMA	

Cuenta de cobro 014- 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

KAREN VIVIANA GONZALEZ MARTINEZ
C.C. 1012456688

LA SUMA DE:

CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

$4.613.064

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5586 - 2023** correspondiente del 01 al 30 de abrilde 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS 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 2023

Cordialmente,

Karen Gonzalez M.

KAREN VIVIANA GONZALEZ MARTINEZ
C.C. 1012456688
Teléfono: 3228333338 **Dirección:** KR 9 ESTE #35-80
No Cuenta: 24100965250 **Tipo de cuenta:** AHORROS **Banco:** CAJA SOCIAL

Fecha: 30 de abril 2024

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	1012456688	KAREN VIVIANA GONZALEZ MARTINEZ	KR 9ESTE 35 80	3228333338	kgonzalezm7@uniminuto.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	24/04/2024	76170339	$610.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	230.700	0		0		0	5	1.000	0	231.700	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	295.300	0	0	0	0	5	1.300	0	296.600	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	45.000				45.000	5	200	45.200		-	450	45.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.000	5	200	37.200	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	230.700	231.700
Pensión	1	295.300	296.600
Riesgos Laborales	1	45.000	45.200
CCF	1	37.000	37.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.000	610.700

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

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	1012456688	KAREN VIVIANA GONZALEZ MARTINEZ	KR 9ESTE 35 80	3228333338	kgonzalezm7@uniminuto.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

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	
2024-03	2024-03	I	24/04/2024	76170339	$610.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1012456688	GONZALEZ MARTINEZ KAREN VIVIANA	59	0			N																	230201	1.845.225	295.300	0	0	0	0	EPS002	1.845.225	230.700	14-4	1.845.225	3	45.000	CCF24	1.845.225	37.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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