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 5476 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: ALEXANDER DEAZA TRIANA **C.C.** 1.033.713.649 **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 TERMINACIÓN
1	$ 4.613.064	1654	2023-06-07	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	2023-09-07	2023-10-06
5	$ 4.613.064	3415	2023-10-07	2023-11-06
6	$ 3.874.220	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	$ 4.613.064	1332	2024-05-01	2024-05-31
12	$ 6.939.738		2024-06-01	2024-07-15

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	$ 533.700	9450878390 / 9450985853	023/05/15 - 18/05/20
2	JUNIO	$ 4.613.064	$ 538.900	9452229355	13/6/2023
3	JULIO	$ 4.613.064	$ 571.000	9453512229	12/7/2023
4	JULIO	$ 350.994	$ 571.000	9453512229	12/7/2023
5	AGOSTO	$ 4.613.064	$ 571.000	9454070677 / 9454861490	0/08/2023 - 11/08/20
6	SEPTIEMBRE	$ 4.587.993	$ 615.200	9456247346	13/09/2023
7	OCTUBRE	$ 4.638.135	$ 571.800	9457567331	12/10/2023
8	NOVIEMBRE	$ 4.613.064	$ 574.800	9458919262	15/11/2023
9	DICIEMBRE	$ 2.721.708	$ 574.100	9460166221	07/12/2023
10	DICIEMBRE	$ 1.891.356	$ 574.100	9460166221	07/12/2023
11	ENERO	$ 4.613.064	$ 573.800	9461694111	17/01/2024
12	FEBRERO	$ 4.613.064	$ 574.700	9463033099	19/02/2024
13	MARZO	$ 4.613.064	$ 592.900	9465750823	19/04/2024
14	ABRIL	$ 4.613.064	$ 574.100	9464309374	18/03/2024
15	ABRIL	$ 50.142	$ 574.100	9464309374	18/03/2024
16	MAYO	$ 4.613.064	$ 572.000	467134939	16/05/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.075.376	$ 64.984.032	$ 58.064.436	$ 6.919.596

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:** 2024-05-01 **Hasta:** 2024-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	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 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,
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. 1.033.713.649 **de** BOGOTA

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

Cuenta de cobro 16- 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ALEXANDER DEAZA TRIANA

C.C. 1.033.713.649 DE BOGOTÁ

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 5476 - 2023** correspondiente del 1 al 31 de mayo de 2024.

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 2023.

Cordialmente,

ALEXANDER DEAZA TRIANA
C.C. 1.033.713.649
Teléfono: 301 657 77 60
Dirección: KR 8 A 1 28 CAJICA
No Cuenta: 4884 3059 4371 AHORROS
Banco: DAVIVIENDA
Fecha: 31 de mayo de 2024.

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033713649		DEAZA TRIANA ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 8 N° 1 - 28	CAJICA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	642301031	9467134939	I	2024/05/14	2024/05/16	BANCO DAVIVIENDA	2	$572,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,845,225	$295,300			$1,845,225	$230,700			$0	$0			$1,845,225	$45,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,845,225**	**$295,300**			**$1,845,225**	**$230,700**			**$0**	**$0**			**$1,845,225**	**$45,000**		**$0**	**$0**
Ciudad: CAJICA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					**$1,845,225**	**$295,300**			**$1,845,225**	**$230,700**			**$0**	**$0**			**$1,845,225**	**$45,000**		**$0**	**$0**
1	CC	1033713649	DEAZA ALEXANDER	230301	30	$1,845,225	$295,300	EPS005	30	$1,845,225	$230,700		0	$0	$0	14-11	30	$1,845,225	$45,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,845,225**	**$295,300**			**$1,845,225**	**$230,700**			**$0**	**$0**			**$1,845,225**	**$45,000**		**$0**	**$0**

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033713649		DEAZA TRIANA ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 8 N° 1 - 28	CAJICA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	642301031	9467134939	I	2024/05/14	2024/05/16	BANCO DAVIVIENDA	2	$572,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$295,300	$500	$0	$295,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$295,300	$500	$0	$295,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,000	$100	$0	$45,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,000	$100	$0	$45,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,700	$400	$0	$231,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,700	$400	$0	$231,100
TOTAL				1	$571,000	$1,000	$0	$572,000