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 5575 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: FLOR ANYELI AHUMADA CUFIÑO C.C. 1.030.531.146 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2023-05-18 Fecha Terminación Inicial: 2023-06-06 Valor Mensual: $ 4.613.064 Valor a cobrar: $ 150.426

ADICIÓN/ OTRO SI	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	$ 4.613.064	2295	2023-08-07	2023-09-06
4	$ 4.613.064	2802	2023-09-06	2023-10-07
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	116	2024-04-01	2024-04-30
11	$ 4.613.064	1332	2024-05-01	2024-05-31

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	$ 536.900	9450879256 / 9450978301	15/05/2023 17/05/2023
2	JUNIO	$ 4.613.064	$ 358.900	9452229718	13/06/2023
3	JULIO	$ 4.613.064	$ 571.000	9453530805	12/07/2023
4	AGOSTO	$ 4.613.064	$ 571.000	9454811390	10/08/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 4.613.064	$ 571.000	9455428047	11/09/2023
6	OCTUBRE	$ 4.613.064	$ 571.000	9456777751	11/10/2023
7	NOVIEMBRE	$ 4.613.064	$ 571.000	9458107209	14/11/2023
8	DICIEMBRE	$ 2.721.708	$ 575.500	9459452912	21/12/2023
9	DICIEMBRE	$ 1.891.356	$ 575.500	9459452912	21/12/2023
10	ENERO	$ 4.613.064	$ 573.200	9460967316	16/01/2024
11	FEBRERO	$ 4.613.064	$ 572.200	9462103232	14/02/2024
12	MARZO	$ 4.613.064	$ 574.500	9463452465	19/03/2024
13	ABRIL	$ 4.613.064	$ 574.500	9464806468	17/04/2024
14	ABRIL	$ 150.426	$ 574.500	9464806468	17/04/2024

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.075.376	$ 57.693.300	$ 53.200.662	$ 4.492.638

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 DIRECCION 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.	Realizar atención a la población con riesgo de salud mental de acuerdo a la guía operativa.	Consentimiento informado, historia clínica, aplicación de pruebas, anexo 27, 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 clínica, aplicación de pruebas, anexo 27, 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.	Realizar la aplicación de los tamizajes Zung, Hamilton, Wwhodas.	Consentimiento informado, historia clínica, aplicación de pruebas, anexo 27, 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 clínica, aplicación de pruebas, anexo 27, 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 clínica, aplicación de pruebas, anexo 27, 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 clínica, aplicación de pruebas, anexo 27, EP+ plus.
7	Problemas en salud mental identificados por los EAC sin inter.	Realizar valoración a los problemas de salud mental identificados por EAC.	Consentimiento informado, historia clínica, aplicación de pruebas, anexo 27, 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 clínica, aplicación de pruebas, anexo 27, 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.	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. 1.030.531.146 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:

FLOR ANYELI AHUMADA CUFIÑO
C.C. 1030531146 de Bogotá

LA SUMA DE:

CIENTO CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTISÉIS PESOS M/CTE ($150.426)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5575 - 2023** correspondiente del 01 al 30 de abril de 2024.

OBJETO: 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

Cordialmente,

Flor Anyeli Ahumada Cufiño
C.C. 1030531146
Teléfono: 3123010341 Dirección: Kr 79F 51 sur 15
No Cuenta 045-418223-01 ahorros Bancolombia
Fecha: 31 de mayo de 2024

aportes 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 1030531146		AHUMADA CUFIÑO FLOR ANYELI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 79F # 51 sur - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3333333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-03	2024-03	582189068	9464806468	I	2024/04/10	2024/04/17	BANCO DAVIVIENDA	7	$574,500

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)							$1,845,230	$295,300			$1,845,230	$230,700			$0	$0			$1,845,230	$45,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,845,230	$295,300			$1,845,230	$230,700			$0	$0			$1,845,230	$45,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,845,230	$295,300			$1,845,230	$230,700			$0	$0			$1,845,230	$45,000		$0	$0
1	CC	1030531146	AHUMADA FLOR		231001	30	$1,845,230	$295,300	EPS017	30	$1,845,230	$230,700		0	$0	$0	14-11	30	$1,845,230	$45,000	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$1,845,230	$295,300			$1,845,230	$230,700			$0	$0			$1,845,230	$45,000		$0	$0

2024/04/17 01:09 PM