



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION
DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARIA AYXAHK BOBADILLA CUESTA

CON C.C.Nº **52.862.226**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PSIQUIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **PS 4185 2025** **FECHA INICIO CONTRATO** **7/01/2025**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ **66.960.000** **PLAZO INICIAL** **TRES (3) MESES Y CUATRO (24) DIAS**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ **66.960.000** **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** \$ **14.040.000**

Nº DE INFORME: **UNO (1)** **Nº CRP:** **7519** **Nº CDP:** **8**

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS **TRES (3) MESES Y CUATRO (24) DIAS**

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES: **2LV HOSPITAL LA VICTORIA**

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **HUGO GERMAN REYES GUERRERO**

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACION	ADICIONES	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:

III - POLIZAS (SI APLICA)

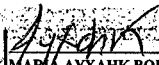
Nº DE PÓLIZA: **N/A** **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** **N/A**


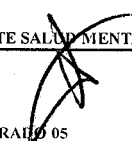
FECHA DE LA PÓLIZA: **NA** **FECHA DE APROBACIÓN:** **N/A**

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)

1	Atención diaria de pacientes psiquiátricos hospitalizados en la unidad de salud mental UMHEs Santa Clara, siguiendo los protocolos científicos establecidos y con los elementos de bioseguridad necesarios.
2	Realización de entrevista psiquiátrica semiestructurada y baterías diagnósticas a los pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental UMHEs Santa Clara, con los elementos de bioseguridad necesarios.
3	Atención diaria de pacientes psiquiátricos en los diferentes servicios de la UMHEs La Victoria, según las necesidades y la dinámica de la población a atender, con los elementos de bioseguridad necesarios.
4	Información detallada sobre los diagnósticos y diferentes tratamientos administrados al paciente durante las entrevistas diarias y entrevista presencial y telefónica a familiares responsables de los pacientes, siguiendo los protocolos de bioseguridad establecidos en la subred.
5	Diligenciamiento de la Historia Clínica y los diferentes documentos y anexos necesarios para la atención intrahospitalaria de los pacientes atendidos en el programa Dinámica, según la reglamentación correspondiente.
6	Cumplimiento de los protocolos de humanización y demás protocolos que buscan una atención dentro del marco de la ética médica.
7	Valoración y seguimiento multidisciplinario de pacientes psiquiátricos hospitalizados en la unidad de salud mental UMHEs La Victoria, en equipo conformado por psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional, siguiendo los protocolos científicos establecidos y con los elementos de bioseguridad necesarios.
8	Diligenciamiento de diferentes documentos y anexos necesarios para la atención intrahospitalaria, así como constancias y conceptos requeridos dentro del marco de la privacidad y los derechos del paciente.
9	Diligenciamiento de la Historia Clínica y los diferentes documentos y anexos necesarios para la atención intrahospitalaria de los pacientes atendidos en el programa Dinámica, según la reglamentación correspondiente y en los casos de contingencia, de forma legible en la papelería establecida por la subred.
10	Diligenciamiento de la Historia Clínica y los diferentes documentos para la atención intrahospitalaria de los pacientes atendidos, según la reglamentación correspondiente y dentro del marco de la privacidad y los derechos del paciente.
11	Utilización oportuna y adecuada de los diferentes elementos de las unidades de salud mental y las diferentes áreas de la UMHEs La Victoria para la atención de pacientes psiquiátricos, siguiendo los protocolos de bioseguridad establecidos.
12	Reporte oportuno del funcionamiento y las fallas de los diferentes recursos físicos de la UMHEs La Victoria, siguiendo las rutas establecidas por la subred.
13	Adecuado cuidado en la utilización de los diferentes recursos físicos de la UMHEs La Victoria, siguiendo los protocolos establecidos por la subred.
14	Se responden de manera oportuna las reclamaciones y requerimientos verbal y/o escritos solicitados por pacientes y sus familiares según los protocolos y las rutas establecidas por la subred.
15	Se responden de manera oportuna las reclamaciones y requerimientos según los protocolos y las rutas establecidas por la subred, con el fin de evitar glosas o complicaciones en la atención de los pacientes.

16	Se notifican de manera oportuna los sucesos de bioseguridad y eventos adversos derivados de la atención intrahospitalaria, siguiendo los protocolos y las rutas establecidas por la subred y buscando medidas correctivas a los mismos.		
17	Se reportan todos los eventos de notificación obligatoria, siguiendo los protocolos y las rutas establecidas por la subred y buscando medidas correctivas a los mismos.		
18	Realización de actividades y retroalimentaciones académicas dentro de la unidad de salud mental, buscando un constante aprendizaje en el equipo de trabajo.		
19	Realización de psicoeducación y charlas preventivas a pacientes y familiares buscando adecuada adherencia ambulatoria al manejo realizado intrahospitalariamente, siguiendo los protocolos establecidos y usando los elementos de bioseguridad necesarios.		
20	Diálogo constante con el supervisor del área de salud mental, informando las novedades en las diferentes unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nº DE PLANILLA:	4588471024		
OPERADOR:			
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	21/01/2025	\$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	21/01/2025	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	21/01/2025	\$ 31.700
OTRO:	INTRESES DE MORA	21/01/2025	\$ 3.200
TOTAL PAGADO			\$ 405.400
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro. 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			


MARIA AYXAHK BOBADILLA CUESTA
 CC: 52.862.226
 CEL: 3153511348

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y		FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		MARIA AYXAHK BOBADILLA CUESTA	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.862.226	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PSIQUIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4185 2025	FECHA INICIO CONTRATO	7/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		66.960.000	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 66.960.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 14.040.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(1 de 1)	Nº CRP INICIAL:	7512
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	8
PLAZO DEL CONTRATO	TRES (3) MESES Y CUATRO (24) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4588471024	OPERADOR:	SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIÓN:	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN: 0	RP DE LA ADICIÓN: 0	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN: 0	RP DE LA ADICIÓN: 0	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN: 0	RP DE LA ADICIÓN: 0	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN: 0	RP DE LA ADICIÓN: 0	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN: 0	RP DE LA ADICIÓN: 0	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN: 0	RP DE LA ADICIÓN: 0	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN: 0	RP DE LA ADICIÓN: 0	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN: 0	RP DE LA ADICIÓN: 0	TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	NA
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<i>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i>			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECO?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (07/01/2025) AL (31/01/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 HUGO GERMAN REYES GUERRERO MEDICO ESPECIALISTA - REFERENTE SALUD MENTAL	
		 YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05	



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES RECIBO PARA PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		52862226
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA BOBADILLA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:		BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 23 106 40 AP 103 TELÉFONO:		7810032
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4588471024	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2025/01/21	12	\$ 3.200	\$ 405.400
2025/01/22	13	\$ 3.400	\$ 405.600
2025/01/23	14	\$ 3.700	\$ 405.900
2025/01/24	15	\$ 3.900	\$ 406.100
2025/01/27	18	\$ 4.700	\$ 406.900
2025/01/28	19	\$ 4.900	\$ 407.100

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
		ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800224808	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 208.000
SUBTOTAL:				1	\$ 208.000
SALUD					
		ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800251440	EPS005	EPS005-SANTAS S.A.		1	\$ 162.500
SUBTOTAL:				1	\$ 162.500
RIESGOS PROFESIONALES					
		ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 31.700
SUBTOTAL:				1	\$ 31.700

TOTAL POR PAGAR: \$ 405.400