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 – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**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

MARTHA LUCÍA BELTRAN PRIETO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.341.848				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) 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 1597 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 14.389.248	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 14.389.248		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 3.297.536	
Nº DE INFORME:	DOS (2)	**Nº CRP:**	6244	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**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

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**FECHA DE APROBACIÓN:**			NA

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Atención diaria de pacientes psiquiatricos hospitalizados en la unidad de salud mental UMHES Santa Clara, siguiendo los protocolos cientificos 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 psiquiatricos en los diferentes servicios de la Unidad Santa Clara, según las necesidades y la dinamica de la poblacion a atender, con los elementos de bioseguridad necesarios.
4	Informacion detallada sobre los diagnsoticos y diferenrtes tratamientos administrados al paciente durante las entrevistas diarias y entrevista presencial y telefonica a familiares responsables de los pacientes, siguiendo lso protocolos de bioseguridad establecidos en la subred.
5	Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos en el programa Dinamica, según la reglamentacion correspondiente.
6	Cumplimiento de los protocolos de humanizacion y demas protocolos que buscan una atencion dentro del marco de la etica medica
7	Valoracion y seguimiento multidisciplinario de pacientes psiquiatricos hospitalizados en la unidad de salud mental Unidad Santa Clara, en equipo confomrado por psicologia, enfermeria, trabajo social y terapia ocuapcional, siguiendo los protocolos cientificos establecidos y con los elementos de bioseguridad necesarios.
8	Diligenciamiento de diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria, asi como constancias y conceptos requeridos dentro del amrco de la privacidad y los derechos del paciente.
9	Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos en el programa Dinamica, según la reglamentacion correspondiente y en los casos de contigencia, de forma legible en la papeleria establecida por la subred.
10	Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documento para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos, según la reglamentacion correspondiente y dentro del marco de la privacidad y los derechos del paciente.
11	Utilizacion oportuna y adecuada de los diferentes elementos de las unidades de salud mental y las diferentes areas de la Unidad Santa Clara, para la atencion de pacientes psiquiatricos, siguiendo los protocolos de bioseguridad establecidos.

12	Reporte oportuno del funcionamiento y las fallas de los diferentes recursos fisicos de la Unidad Santa Clara, siguiendo las rutas estbalecidas por la subred.
13	Adecuado cuidado en la utilizacion de los diferentes recursos fisicos de la Unidad Santa Clara, 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 estabelcidas por la subred.
15	Se responden de manera oportuna las reclamaciones y requerimientos según los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred, con el fin de evitar glosas o complicaciones en la atencion de los pacientes.
16	Se notifican de manera oportuna los sucesos de bioseguridad y eventos adversos derivados de la atencion intrahospitalaria, siguiedo los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred y buscando medidas correctivas a los mismos
17	Se reportan todos los eventos de notificacion obligatoria, siguiedo los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred y buscando medidas correctivas a los mismos.
18	Realizacion de actividades y retroalimentaciones academicas dentro de la unidad de salud mental, buscando un constante aprendizaje en el equipo de trabajo.
19	Realizacion de psicoeducacion y charlas preventivas a pacientes y familaires buscando adecuada dherencia ambulatoria al manejo realizado intrahospitalariamente, siguiendo los protocolos estbalecidos y ussando los elementos de bioseguridad necesarios.
20	Dialogo constante con el supervisor del area de salud mental, informando las novedades en las diferentes unidades de Unidad Santa Clara-

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1069704234**	**OPERADOR:**	**PAGO SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	11/02/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/02/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	11/02/2025	$ 34.700
OTRO	INTERESES DE MORA	11/02/2025	$ -
	TOTAL PAGADO		$ 440.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 período correspondiente

MARTHA LUCÍA BELTRAN PRIETO
52.341.848
3223119231

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO	**CC:**	52.341.848
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	marthabeltran07@gmail.com	**TELÉFONO:**	3223119231
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV. CRA. 80 No 8 -11 INT. 1 APTO 104	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTÁ**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102673753**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1597 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6244**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**$ 14,389.248**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28 /02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 3.297.536**					
	TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE.					

MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO
52.341.848
3223119231

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.341.848**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) 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 1597 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**14.389.248**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 14.389.248		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.297.536**	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(2 DE 2)	**Nº CRP INICIAL:** 6244	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1069704234	**OPERADOR:**	PAGO SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	$ -	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				0	0
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	$ -	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	$ -	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	$ -	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	$ -	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	$ -	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	45703	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE POLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA POLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

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 SECOP?	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 **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/02/2025) AL (28/02/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	P/P. **HUGO GERMAN REYES GUERRERO** **MEDICO ESPECIALISTA - REFERENTE SALUD MENTAL** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-11, 04:26:59 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1069704234

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** enero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822809113

PAGADO 11/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO		
Documento	CC52341848	**Dirección**	CR 80 #8 - 11 INT 1 APTO 104
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223119231
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	
CC 52341848	MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.