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** **VERSION: 2** **FECHA: 2024-09-16**

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

JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.905.581
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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1189 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	2-01-2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 13.939.584**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CUATRO (4) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 13.939.584**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.484.896	
N° DE INFORME:	N° 2	**N° CRP:**	5917	**N° CDP:**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5AN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	

III. POLIZAS

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

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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	SE REALIZAN ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CON ENFOQUE INDIVIDUAL, QUE SE DESARROLLAN CON ALTOS ESTANDARES CIENTIFICOS ETICOS Y HUMANOS, ORIENTADOS AL BIENESTAR INTEGRAL DE LOS PACIENTES. ESTAS ACTIVIDADES SE LLEVAN A CABO DE MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, GARANTIZANDO QUE LAS INTERVENCIONES RESPONDAN A LAS NECESIDADES PARTICULARES DE CADA USUARIO, PROMOVIENDO EL MEJORAMIENTO DE SU SALUD MENTAL Y SU CALIDAD DE VIDA
2	EL PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO Y REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA SE REALIZA DE MANERA COMPLETA, SISTEMATICA Y EN ESTRICTO CUMPLIMIENTO CON LAS NORMATIVAS VIGENTES, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA. ESTE PROCESO RESPALDA LAS INTERVENCIONES REALIZADAS A CADA PACIENTE, ASEGURANDO LA TRAZABILIDAD Y EL SOPORTE TÉCNICO Y ÉTICO DE LAS ACCIONES TERAPÉUTICAS
3	SE GENERA CONSULTA DESDE EL PERFIL DE PSICOLOGÍA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE SAN BLAS, SE REALIZÓ UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA DEL PACIENTE. ESTABLECIENDO OBJETIVOS TERAPÉUTICOS CLAROS Y PERSONALIZADOS, SIEMPRE RESPETANDO LAS NORMAS ÉTICAS Y DE CONFIDENCIALIDAD
4	SE GENERA LA REVISIÓN, CONTACTO, COMUNICACIÓN Y AGENDAMIENTO DE LOS USUARIOS ENVIADOS EN LA BASE DE DATOS POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD PARA EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. ESTE PROCESO INCLUYE LA VALIDACIÓN DE LOS DATOS DE LOS USUARIOS, LA PROGRAMACIÓN DE CITAS SEGÚN LA DISPONIBILIDAD Y LA COORDINACIÓN CON LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO ADECUADOS. TODO SE GESTIONA DE MANERA ORGANIZADA Y CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS, ASEGURANDO LA ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE DE LOS USUARIOS EN EL MARCO DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD
5	SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA EL DESARROLLO DE CADA CONSULTA, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NORMATIVOS Y PROTOCOLARIOS DE LA SUBRED. EN PARALELO, SE IMPLEMENTA UNA GESTIÓN TEMPORAL QUE ATIENDE LA CONTINGENCIA ACTUAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD DESDE LAS SOLICITUDES DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, PRIORIZANDO LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y EL AGENDAMIENTO OPORTUNO DE LOS USUARIOS. DICHO PROCESO INVOLUCRA LA VALIDACIÓN DE LA BASE DE DATOS Y LA ASIGNACIÓN DE CITA.
6	EL PROCESO INCLUYE LA RECEPCIÓN DE ÓRDENES POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD, EN EL CUAL SE REALIZA UNA VERIFICACIÓN DETALLADA DE LOS CÓDIGOS EN EL SISTEMA SISPRO. UNA VEZ CONFIRMADOS LOS CÓDIGOS, SE PROCEDE A CARGAR LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL APLICATIVO ESPECÍFICO. ESTE PROCEDIMIENTO GARANTIZA QUE LOS DATOS SE REGISTREN DE FORMA CORRECTA Y SE MANTENGAN ACTUALIZADOS EN EL SISTEMA PARA SU ADECUADO SEGUIMIENTO Y CONSULTA
7	SE REALIZA UN SEGUIMIENTO OPORTUNO DE LOS USUARIOS PENDIENTES PARA LA VALORACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, GARANTIZANDO QUE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA CADA FASE DEL PROCESO SEAN CUMPLIDOS. SE LLEVA A CABO UNA REVISIÓN EXHAUSTIVA DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.
8	SE CUMPLER CON LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS CONVOCADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL MINISTERIO SE REALIZA CON EL PROPOSITO DE GARANTIZAR UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y ARTICULADA EN TORNO AL PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. ESTOS ESPACIOS SE ENFOCAN EN LA SOCIALIZACIÓN DE SOLICITUDES, GESTIONES ADMINISTRATIVAS Y TÉCNICAS, ASÍ COMO EN LA RESOLUCIÓN DE INQUIETUDES QUE PUEDAN SURGIR DURANTE LA FASE INICIAL DEL PROCESO.
9	SE REALIZA LA GESTIÓN, SOLICITUD Y RADICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD QUE SON ESENCIALES EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. RECOPILAR, ORGANIZAR Y ENVIAR LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, SOLICITANDO INFORMACIÓN ADICIONAL CUANDO SEA NECESARIO Y ASEGURANDO QUE TODA LA DOCUMENTACIÓN SE ENTREGUE DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD
10	CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS EN EL PERIODO 186 HORAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1070376889**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**		$ 219.800
PENSIÓN:	**PORVENIR**		$ 281.300
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**		$ 42.900
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 544.000

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 calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea inferior a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA
CC:1023905581
CEL:3159268669

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-I-I-014
VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA	**CC:**	1023905581
		RUT (NIT):	1023905581-7
CORREO ELECTRÓNICO:	alexa.psicologa06@gmail.com	**TELÉFONO:**	3159268669
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 26B SUR 12 40	**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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

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 AV VILLAS**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	004951963

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1189 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	**5917**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 13,939,584**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 3.484.896**					
	TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS MDA/CTE					

JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA
C.C 1023905581
cel: 3159268669

VoBo Carlos Martinez U

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	JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,023,905,581

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 AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E."

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1189 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				13 939 584
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	13 939 584,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	3 484 896
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(2 de 2)	Nº CRP INICIAL:	5917	Nº CDP INICIAL DEL	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	Nº 1070376889	OPERADOR:	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SAN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN- DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		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
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 PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		

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:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN CARGO: DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE AMBULATORIO

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-12, 02:05:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070376889

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** enero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 882289891 7

PAGADO 12/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA		
Documento	CC1023905581	**Dirección**	CR 12 #27 - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3159268669
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

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 Ministerio	Total
CC 1023905581	JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA	59	00										X							0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.757.866	$ 281.300	(EPS308) COMPENSAR EPS	$ 1.757.866	$ 219.800	2.436	$ 1.757.866	$ 42.900	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 544.000

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
$ 1.757.866	$ 1.757.866	$ 1.757.866	$ 0	$ 281.300	$ 219.800	$ 42.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 544.000	$ 0	$ 544.000

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.