

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

**GYNA PAOLA FALLA CALDERÓN**

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1,022,380,127

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5294 2024 FECHA INICIO CONTRATO 23/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 5,330,760 PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14,526,321 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1,199,421

Nº DE INFORME: 6 Nº CRP: 44614 Nº CDP: 3662

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BFCERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS	3
VALOR ADICIONADO	\$ 1,199,421	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49571	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,998,070	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50723	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,998,070	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7690	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES

**III. POLIZAS**

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? SI NO X

Nº DE PÓLIZA: NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA PÓLIZA: FECHA DE APROBACIÓN:

**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)

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
1	SALIDAS A TERRENO ABORDANDO EL MODELO DE SALUD MAS BIENESTAR ENFOCADOS A LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES. BRINDANDO ATENCION INTEGRAL A FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES
2	ASISTENCIA A ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO COMO COMITE O REUNIONES QUE PERMITEN FORTALECER HABILIDADES EN EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD
3	DAR CUMPLIMIENTO AL LINEAMIENTO EN CADA CASO ABORDANDO ME MANERA COMPLETA LAS FAMILIAS BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR. PAUTAS DE CRIANZA, MANEJO DE EMOCIONES, COMUNICACION ASERTIVA ENTRE OTROS
4	DILIGENCIAR LOS FORMATOS CUMPLIENDO CON LOS CRITERIO Y ENTREGA DE PRODUCTOS CON CALIDAD Y EN LAS FECHAS ESTIPULADAS
5	NOTIFICAR AQUELLOS CASOS QUE REQUIERAN EVENTOS DE NOTIFICACION EN SALUD PUBLICA, CANALIZAR CUANDO SE REQUIERA
6	DILIGENCIAR CADA UNA DE LAS SESIONES ABORDADAS EN TERRENO POR PSICOLOGIA DE LOS EQUIPOS EBEBH EN EL APLICATIVO GTAPS SEGUN CORRESPONDA EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ELABORANDO HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS PARA CONTRIBUIR A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN EL ENTORNO HOGAR
7	DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA CON LAS ACTIVIDADES ABORDADAS A DIARIO EN TERRENO Y LABORES ADMINISTRATIVAS
8	PROGRAMAR USUARIOS EN LA VISITA A TERRENO Y DAR CUMPLIMIENTO
9	ENTREGAR LOS FORMATOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS SIN TACHONES NI ENMENDADURAS
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

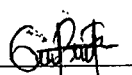
No. DE PLANILLA:	9481073288	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	03/02/2025	\$	200,000
PENSIÓN:	PROTECCION	03/02/2025	\$	255,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	03/02/2025	\$	39,000
OTRO				
<b>TOTAL PAGADO</b>				<b>\$ 494,900</b>

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

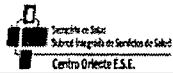
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secep 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 período correspondiente



**GYNA PAOLA FALLA CALDERÓN**  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**  
 CC: 1,022,380,127  
 CEL: 3142310004



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTION DE CONTRATACION  
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS  
Y DE APOYO A LA GESTION

CODIGO: AP-IA-FT-014  
VERSION: 6  
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	Gyna Paola Falla Calderón	CC:	1,022,380,127
CORREO ELECTRÓNICO:	gina.falla_20@hotmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 61 BIS SUR 97 B 14	TELÉFONO:	3142310004
		CIUDAD:	BOGOTÁ

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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91216530891
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 5294 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	44614	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	09/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :	\$ 14,526,321

PERIODO OBJETO DE COBRO:

01/02/2025 AL 09/02/2025

VALOR A PAGAR  
CORRESPONDIENTE AL PERIODO  
OBJETO DE COBRO EN  
(LETRAS Y NUMEROS)

\$ 1,199,421

UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE

NOMBRE: GYNA PAOLA FALLA CALDERÓN  
CC 1,022,380,127  
CEL 3142310004



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

CÓDIGO: AP-IA-FT-078  
 VERSIÓN: 2  
 FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA

GYNA PAOLA FALLA CALDERÓN

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1,022,380,127

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

No. PS 5294 2024

FECHA INICIO CONTRATO

23/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

5,330,760

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

14,526,321

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

1,199,421

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

6

Nº CRP INICIAL:

44614

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

3662

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9481073288

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1,199,421	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49571	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,998,070	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50723	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,998,070	CDP DE LA	46	RP DE LA	7690	TIEMPO	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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.

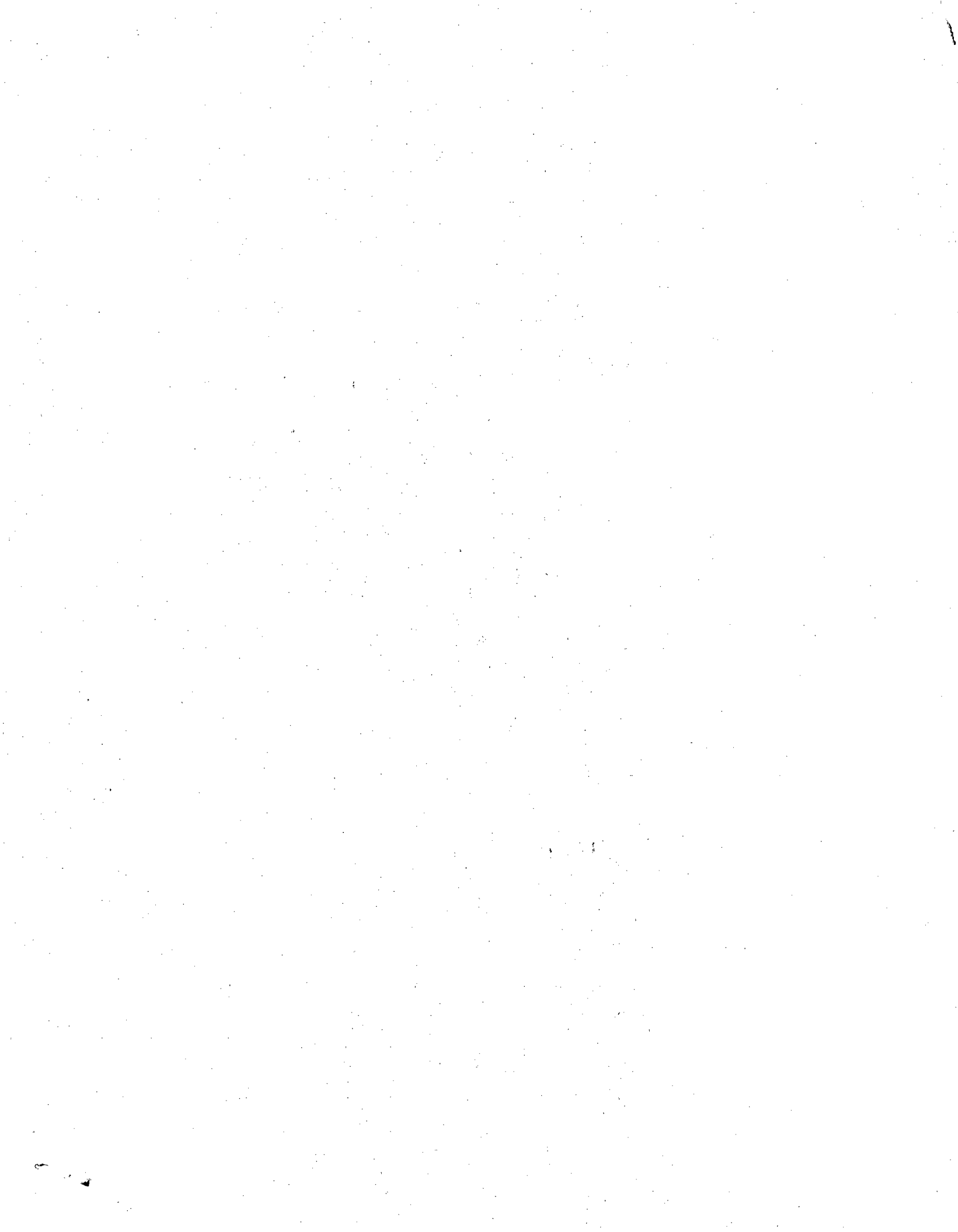
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 09/02/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:  
 LORENZA BECERRA CAMARGO  
 CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:  
 LILIANA TELLEZ VALBUENA  
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR



## 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 1022380127		FALLA CALDERON GYNA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 61 BIS SUR # 97B - 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No


DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Penión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1235266170	9481073288	1	2025/02/07	2025/02/03	BANCOLOMBIA	0	\$494,900

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,900	\$0	\$0	\$255,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$255,900	\$0	\$0	\$255,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$494,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$494,900</b>



**¡Hola, Gyna Paola Falla Calderón !**

**Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.  
los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Estado de la Transacción: Aprobada** 

**CUS. 1235266170**

**Empresa: APORTES EN LINEA**

**Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9481073288**

**Valor de la Transacción: \$ 494.800**

**Fecha de Transacción: 01/02/2025**