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						
JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ						
		CON C.C Nº	**84.454.444**			
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 4188 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**3/01/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**13.939.584**	**PLAZO INICIAL**	TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**13.939.584**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**3.297.536**	
Nº DE INFORME:	TRES (3)	**Nº CRP:**	**7471**	**Nº CDP:**	**8**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**HUGO GERMAN REYES GUERRERO**					

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 (SI APLICA)			
Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A

ITEM	**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 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 segun 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 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:	**9482278751**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**10/03/2025**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**10/03/2025**	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**10/03/2025**	**$ 34.700**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 440.500**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 menor 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 período correspondiente

JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ
CC:84454444
CEL:3001398105

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: (31/03/2025)			
	JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ	**CC:**	84454444
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	fcb.josehenriquez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3001398105
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 145 No. 7-31 Apto 504	**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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488426411226**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 4188 2025**	**N° CDP:**	**8**	**N°. RP:**	**7471**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**3/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2024**		**$ 13.939.584**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
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.					

JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ
84454444
3001398105

	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**	**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	**JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**84.454.444**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 4188 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**3/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	13.939.584				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 13.939.584		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.297.536**	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(3 de 3)	**N° CRP INICIAL:**	7471	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	8
PLAZO DEL CONTRATO	TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482278751	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° 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:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	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 (01/03/2025) AL 31/03/2025)

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**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 84454444		GONZALEZ HENRIQUEZ JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7h No 150 - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4214322	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1321096414	9482278751	I	2025/03/12	2025/03/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500