

 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p style="font-size: small;">Ministerio de Salud</p> <p style="font-size: x-small;">Subred Integrada de Servicios de Salud</p> <p style="font-size: x-small;">Centro Oriente E.S.E.</p> </div> <div> <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</p> <p>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</p> <p>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> </div> <div> <p>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</p> <p>VERSIÓN: 2</p> <p>FECHA: 2024-09-16</p> </div> </div>							
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:		\$ 20.222.389		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.447.424	
Nº DE INFORME:		CINCO (5)		Nº CRP:		6244	Nº CDP: 1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				HUGO GERMAN REYES GUERRERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	\$ 5.833.141	CDP DE LA ADICIÓN:	1267	CRP DE LA ADICIÓN:	15190	TIEMPO PRORROGA DO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
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	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	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 Unidad Santa Clara, 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 Unidad Santa Clara, 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 Unidad Santa Clara, 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 Unidad Santa Clara, siguiendo las rutas establecidas por la subred.
13	Adecuado cuidado en la utilización de los diferentes recursos físicos 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 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 Unidad Santa Clara-

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nº. DE PLANILLA:	1071889362	OPERADOR:	PAGO SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	13/05/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/05/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	13/05/2025	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ -
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			\$ 440.500

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 BELTRAN PRIETO

MARTHA LUCÍA BELTRAN PRIETO

52.341.848

3223119231

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: (31/05/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO	CC:	52.341.848
CORREO ELECTRÓNICO:	marthabeltran07@gmail.com	RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV. CRA. 80 No 8 -11 INT. 1 APTO 104	TELÉFONO:	3223119231
		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 BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		N° CUENTA:	102673753
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
N° DEL CONTRATO:	PS 1597 2025	N° CDP:	1267
		N° RP:	15190
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 3.447.424 TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS MCTE		



MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO
 52.341.848
 3223119231

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-13, 03:12:34 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1071889362

Referencia pago (PIN): 8822809113

Período Cotización: abril de 2025

Período Servicio: abril de 2025

PAGADO 13/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO
Documento	CC52341848
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Afiliado y Número	Tipo Cotización	Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total
			SE	BO	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	
10 22341848	MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO	SE	BO																													

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, Saldo a Favor EPS	Incapacidades, ARF	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