Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-07-08, 06:39:16 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2025
Empresa	FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN
CEDULA CIUDADANIA	CC 1016050319
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1073308559
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1614051067
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 459.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 251.900	$ 800
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 196.800	$ 700
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 9.500	$ 100
		SubTotales:		$ 458.200	$ 1.600
		Total a Pagar:			$ 459.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN**			**CC:**	**1016050319**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FBARRIOSD@UNBOSQUE.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3044354113**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 101 70 14**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**462470019623**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1102 2025**	**N° CDP:**	**1797**	**N°. RP:**	**18663**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.459.168**					

FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN
PS_1102_2025_F96371-2025-07-14 11:42:23

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN
CC: 1016050319
CEL: 3044354113

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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN			
	CON C.C N°	**1.016.050.319**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1102 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.738.240	**No. HORAS EJECUTADAS**	**238**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.038.560	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.459.168
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

ITEM	II. 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 realiza la participacion en las reuniones y se deja como soporte el acta de la reunion y las tematicas tocadas en cada una de ellas.
2	Se llevan a cabo las actividades grupales con pacientes, dejando registro en los informes, evoluciones, lostados de asistencia, en donde quedan registrados los temas y pacientes asistentes.
3	Se realizan reuniones en articulacion intersectorial para dar cumplimiento a dicha obligacion, como soporte queda el acta de esta reunion
4	Se desarrolla mensualmente un estudio de casos de los pacientes priorizados, se deja como soporte el acta de la reunion y el plan de trabajo del paciente.
5	Se llevan a cabo las actividades grupales con pacientes.
6	Realizar la valoracion mental y fisica de los pacientes agendados o en solicitud de la carcel distrital a diario, dejando registro en actas y evolucion.
7	Se realizan las notificaciones correspondientes a las entidades de control según como corresponda y teniendo en cuenta el nivel de riesgo del paciente.
8	Se realizan los informes con toda la informacion de las actividades desarrolladas en el mes, ademas de realizar estudios de casos con el equipo y la reunion para articular las acciones.
9	Se realiza todos los meses un estudio de casos en el que se realiza la revision y seguimiento de los casos de mayor prioridad, como soporte queda el acta de la reunion.
10	Se realiza la valoracion de los pacientes por nivel de riesgo y se establece el plan de seguimiento y atencion, asi mismo se entrega como soporte la base por nivel de riesgo.
11	Se realizo la construccion del plan de trabajo y el cronograma de actividades diarias y mensueles que se deben llevar a cabo, en registro se tiene tanto el plan de trabajo como el cronograma de actividades desarrolladas por mes.
12	Se realiza el tamizaje a todos los ingresos a la carcel, ademas se realiza seguimiento al nivel de riesgo de los pacientes con los instrumentos establecidos para dicho fin, como soporte de esta actividad se cuenta con una base que se llama paciente por nivel de riesgo.
13	Se realiza seguimiento y control a los pacientes que asi lo solicitan, se deja control y seguimiento en el registro de los pacientes por nivel de riesgo, el cual se entrega como resultado de las atenciones.
14	Se realizan terapias grupales y seguimiento a los pacientes diagnosticados con trastornos relacionados al consumo de sustancias, para esto se deja como soporte o entregable las actas y las bases de atencion.
15	Se ha establecido para este proposito los planes de trabajo y seguimiento para cada uno de los pacientes activos en atencion para su tratamiento, esto queda soportado con la base de nivel de riesgo del paciente.
16	Se programan y realizan capacitaciones mensualmente en las que se imparte de forma pedagogica las indicaciones de los temas asignados por mes, en registro y soporte queda para esta actividad el acta y los entregables de la misma.
17	Se desarrolla un plan de tratamiento a los pacientes consumidores de tabaco dentro de la carcel, ademas se realizan charlas para la prevencion y mitigacion del riesgo de consumo de tabaco, en soporte quedan los listados, evoluciones y actas de trabajo, ademas del protocolo de atencion.

III. 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1073308559	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/08	$ 197.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/07/08	$ 252.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/08	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 450.200

V. 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN* *PS_1102_2025_F96371-2025-07-14 11:42:23* **FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN** **CC: 1016050319**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_1102_2025_F96371-2025-07-15 14:38:09* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**