

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	PAULA IVONNE GRISALES ROMERO			CC:	1010248094	
CORREO ELECTRÓNICO:	PGRISALESROMERO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3058747805	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 23 60 A 23 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91223247151	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1511 2025	N° CDP:	2464	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.709.728					



PAULA IVONNE GRISALES ROMERO
PS_1511_2025_02FD17

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAULA IVONNE GRISALES ROMERO
CC: 1010248094
CEL: 3058747805

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
PAULA IVONNE GRISALES ROMERO			
CON C.C N°		1.010.248.094	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1511 2025	FECHA INICIO CONTRATO
			2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.838.912	No. HORAS EJECUTADAS	198
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.097.280	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		
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	Registro de notas hospitalaria y evolución de historia clínica en DINÁMICA donde se soporta la intervención realizada con cada paciente y/o sus familiares.		
2	Registro de asistencia de aproximadamente 15 colaboradores, sobre temáticas relacionadas con la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Así como aproximadamente 15 colaboradores en temáticas relacionadas con temáticas del eje de humanización.		
3	Abordaje a pacientes de acuerdo a las necesidades presentadas por los mismos y/o sus acompañantes llevando a cabo aproximadamente 70 abordajes que incluyen contención emocional, primeros auxilios psicológicos, atención en duelos, entre otros.		
4	Atención a familiares en casos de eventos adversos y/o cambios en la salud de los usuarios que requirieron apoyo por parte del personal de psicología según necesidad de los servicios, registrando la intervención en DINAMICA.		
5	Participar activamente en las estrategias y actividades realizadas por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.		
6	Dar uso adecuado de las historias clínicas garantizando la reserva y confidencialidad de la información.		
7	Actas de acompañamiento a las fundaciones y soportes en historia clínica a través de DINÁMICA en el abordaje a pacientes y acompañantes.		
8	Uso diario de carnet institucional y elementos de bioseguridad proporcionados por la Subred Centro Oriente ESE.		
9	Soporte a través de DINÁMICA, actas, registro fotográfico de acuerdo a la naturaleza de las actividades realizadas.		
10	Inscripción oportuna a procesos de formación informal (cursos, capacitaciones, etc) articulados con la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Así como el envío de soportes de la correspondiente participación.		
11	Desarrollo de las actividades asignadas dentro de la Oficina de Participación de acuerdo con el rol de psicología que requieran acompañamiento específico, con el soporte respectivo con según el tipo de actividad.		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 88955059	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/08/14	\$ 185.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/14	\$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/08/14	\$ 36.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 459.200
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	<div><div>PAULA IVONNE GRISALES ROMERO PS_1511_2025_02FD17</div><hr/><div>PAULA IVONNE GRISALES ROMERO CC: 1010248094</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ PS_1511_2025_02FD17</div><hr/><div>MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ SUPERVISOR ALTERNO</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ PS_1511_2025_02FD17</div><hr/><div>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		