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: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DORA RUTH CORTES ROJAS**				**CC:**	**51923924**
CORREO ELECTRÓNICO:	**RUTHCORTES.SANBLAS@HOTMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3138533170**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 12D 19 07**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480309643**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6155 2025**	**N° CDP:**	**2547**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/08/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.749.960**					

DORA RUTH CORTES ROJAS
PS_6155_2025_30B0A9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DORA RUTH CORTES ROJAS
CC: 51923924
CEL: 3138533170

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			
DORA RUTH CORTES ROJAS			
	CON C.C N°	**51.923.924**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6155 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/08/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.116.632	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.458.220	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.749.960
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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	1. REALIZAR RECONOCIMIENTO Y ADECUACIÓN TERRITORIAL/COMUNITARIA.
2	2. IDENTIFICACIÓN DE CAPACIDADES, RIESGO FAMILIA, INTEGRANTES DE LA FAMILIA Y ENTORNO
3	3. CONCERTACIÓN E IDENTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE CUIDADO Y PRIORIDADES, DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LOGROS.
4	4. IMPLEMENTACIÓN DE ATENCIONES Y ACCIONES DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A LOGROS.
5	5. SE REALIZA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN CON RIESGO EN SALUD MENTAL.
6	6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN QUE ABORDARÁN LOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA DE EBS, EN ARTICULACIÓN CON EBEH.
7	7. IDENTIFICAR EN SALUD MENTAL PROBLEMAS O SÍNTOMAS QUE NO CONSTITUYEN UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO TANTO EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS, PERO QUE PRODUCEN MALESTAR EMOCIONAL Y DISFUNCIÓN EN LA CAPACIDAD DE RELACIONARSE CON LOS OTROS Y REQUIEREN APOYO SOCIAL Y CLÍNICO, O RELACIONADOS CON EL CONSUMO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN ARAS DE PREVENIR POSIBLES TRASTORNOS (ENSM2015).
8	8. IDENTIFICAR EVENTOS TRAUMÁTICOS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, Y DIFICULTADES EN LAS RELACIONES EN EL CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL, AMBIENTAL.
9	9. IDENTIFICAR CASOS DE INTENTO SUICIDA.
10	10. IDENTIFICAR CASOS DE MALTRATO INFANTIL REITERADOS QUE NO ESTÁN SIENDO ATENDIDOS POR ENTORNOS CUIDADORES.
11	11. DEBERÁN ASISTIR A LOS COMITÉS DE CUIDADO, ENTRE OTRAS ACTIVIDADES PARA LA OPERATIVIDAD.
12	12. REALIZAR DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024.

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89202993	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/12	$ 253.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/12	$ 323.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/12	$ 49.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 626.400

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	*DORA RUTH CORTES ROJAS* *PS_6155_2025_30B0A9* **DORA RUTH CORTES ROJAS** **CC: 51923924**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_6155_2025_30B0A9* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**