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:	**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						
Nº 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 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.709.728**					

PAULA IVONNE GRISALES ROMERO
PS_1511_2025_B45925

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

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			
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	Participar activamente en las estrategias y actividades realizadas por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
2	Soporte a través de DINÁMICA, actas, registro fotográfico de acuerdo a la naturaleza de las actividades realizadas.
3	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.
4	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.
5	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.
6	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.
7	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.
8	Dar uso adecuado de las historias clínicas garantizando la reserva y confidencialidad de la información.
9	Actas de acompañamiento a las fundaciones y soportes en historia clínica a través de DINÁMICA en el abordaje a pacientes y acompañantes.
10	Uso diario de carnet institucional y elementos de bioseguridad proporcionados por la Subred Centro Oriente ESE.
11	Registro de notas hospitalaria y evolución de historia clínica en DINÁMICA donde se soporta la intervención realizada con cada paciente y/o sus familiares.

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° 89726466	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/09/10	$ 185.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/10	$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/10	$ 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 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	*PAULA IVONNE GRISALES ROMERO* *PS_1511_2025_B45925* **PAULA IVONNE GRISALES ROMERO** **CC: 1010248094**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ* *PS_1511_2025_B45925* **MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1511_2025_B45925* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**