

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALIA ROCIO CASAS AVELLANEDA		CC:	1020814424	
CORREO ELECTRÓNICO:	n.rocio1996@hotmail.com		TELÉFONO:	3013636908	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 157 14A 81		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	22680733302

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6306 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.749.960
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



NATALIA ROCIO CASAS AVELLANEDA
PS_6306_2025_DAC386

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NATALIA ROCIO CASAS AVELLANEDA

CC: 1020814424

CEL: 3013636908

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NATALIA ROCIO CASAS AVELLANEDA

CON C.C N°

1.020.814.424

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6306 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.074.932	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.074.932	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.749.960
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (1) MES Y VEINTIUN (21) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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 | ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y /O CONVOCATORIAS. |
| 2 | DESDE LA MODALIDAD DE PSICOLOGÍA EXTRAMURAL EN LA LOCALIDAD (NOMBRE DE LA LOCALIDAD EN LA QUE SE ENCUENTRAN), SE REALIZA EL RECONOCIMIENTO Y LA ADECUACIÓN TERRITORIAL Y COMUNITARIA COMO ACTIVIDAD INICIAL PARA LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL. ESTA LABOR CONSISTE EN CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO, IDENTIFICAR LA DINÁMICA Y EL CONTEXTO DE LOS USUARIOS A ATENDER, ASÍ COMO COMPRENDER LAS PARTICULARIDADES SOCIALES Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN. EL PROPÓSITO ES ESTABLECER UN CONTEXTO ADECUADO QUE PERMITA PLANIFICAR Y DESARROLLAR INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EFECTIVAS, AJUSTADAS A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y FACILITANDO EL ACCESO Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL. |
| 3 | SE REALIZAN,IDENTIFICACIONES DE CASOS EN PSICOLOGIA BAJO ATENCIONES INDIVIDUALES ENFOCADAS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL PARA EL CUIDADO Y BIENESTAR EMOCIONAL, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DOMICILIARIA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA GUÍA DE INTERVENCIÓN MHGAP DE LA ESTRATEGIA ENFRENTANDO PROBLEMAS PLUS (EP+) Y EL PLAN DE MANEJO TERAPÉUTICO. DURANTE ESTAS INTERVENCIONES EXTRAMURALES SE LLEVA A CABO LA IDENTIFICACIÓN DE CAPACIDADES, FACTORES DE RIESGO, INTEGRANTES DE LA FAMILIA Y CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO, CON EL OBJETIVO DE COMPRENDER EL CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL DEL USUARIO, OPTIMIZANDO LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACCIONES DE CUIDADO Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO AJUSTADAS A SUS NECESIDADES. |
| 4 | SE REALIZAN INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS DE MANERA INDIVIDUAL, BAJO LA RESOLUCION 1499 DEL MISNISTERIO DE SALUD, BAJO LA ESTRATEGIA ENFRENTANDO PROBLEMAS PLUS (EP+) EN LAS CUALES SE ACUERDA CON EL USUARIO SE ESTABLECE EL OBJETIVO TERAPÉUTICO, EL NÚMERO DE SESIONES Y LOS LOGROS ESPERADOS, DEFINIENDO DE FORMA CONJUNTA LOS ALCANCES DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN SUS NECESIDADES Y AVANCES. ESTE PROCESO DE CONCERTACIÓN PERMITE GENERAR UN PLAN TERAPÉUTICO CLARO Y FLEXIBLE, QUE SE AJUSTA AL PROGRESO DEL USUARIO Y FAVORECE SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPEUTICO. |
| 5 | SE ESTABLECIÓ CON LOS USUARIOS BAJO LA ESTRATEGIA ENFRENTANDO PROBLEMAS PLUS (EP+) EL NÚMERO DE SESIONES Y LOS LOGROS ESPERADOS, DEFINIENDO DE MANERA CONJUNTA LOS ALCANCES DE LA INTERVENCIÓN EN FUNCIÓN DE SUS NECESIDADES Y AVANCES. ESTE PROCESO FACILITA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PLAN TERAPÉUTICO CLARO, ESTRUCTURADO Y A LA VEZ FLEXIBLE, QUE SE ADAPTA AL PROGRESO INDIVIDUAL Y PROMUEVE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. |
| 6 | SE BRINDA ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LA POBLACIÓN CON RIESGO EN SALUD MENTAL, IDENTIFICANDO FACTORES ASOCIADOS A LA VULNERABILIDAD Y ESTABLECIENDO ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO. ESTAS ATENCIONES PERMITEN RECONOCER DE MANERA OPORTUNA SÍNTOMAS EMOCIONALES, CONDUCTUALES Y SOCIALES QUE PUEDAN AFECTAR EL BIENESTAR DEL USUARIO, PROMOViendo LA ACTIVACIÓN DE REDES DE APOYO, LA ORIENTACIÓN HACIA SERVICIOS ESPECIALIZADOS CUANDO ES NECESARIO, Y EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PERSONALES Y FAMILIARES QUE CONTRIBUYAN A LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO. TAMBIEN SE REALIZA NOTIFICACIONES AL SISTEMA DE VIGILANACIA SIVIM Y SISVECOS.
SE REALIZA LA ARTICULACIÓN CON LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR (EBEH) PARA EL ABORDAJE E IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CUIDADORAS DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TAMIZAJE ZARIT, CON EL FIN DE EVALUAR LA CARGA DEL CUIDADOR Y PLANIFICAR ESTRATEGIAS DE |

7	
8	SE REALIZA LA REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LOS ANTECEDENTES DEL USUARIO. POSTERIORMENTE, SE APLICAN INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE, CUESTIONARIOS Y GUÍAS DE OBSERVACIÓN RECOMENDADAS. SE CLASIFICA LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS PARA DETERMINAR SI SE REQUIERE INTERVENCIÓN SOCIAL, CLÍNICA O PREVENTIVA. FINALMENTE, SE BRINDA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL USUARIO A SU VEZ SE REGISTRA LA INFORMACION DRIVES, DINAMICA GERENCIAL Y EL APLICATIVO GTAPP-SDS.
9	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS TRAUMÁTICOS CARACTERIZADOS, DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y PROBLEMAS EN LAS RELACIONES DEL PACIENTE EN LOS CONTEXTOS FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL Y AMBIENTAL. PARA ELLO, SE REVISLA LA HISTORIA CLÍNICA Y ANTECEDENTES RELEVANTES, APLICA INSTRUMENTOS CLÍNICOS ESTANDARIZADOS, CUESTIONARIOS Y GUÍAS DE OBSERVACIÓN, Y REALIZA ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS Y SEMI-ESTRUCTURADAS SEGÚN LA EDAD Y NECESIDAD DEL PACIENTE. LOS HALLAZGOS SE ANALIZAN PARA DETERMINAR LA GRAVEDAD Y EL IMPACTO FUNCIONAL DE LOS FACTORES IDENTIFICADOS, ESTABLECIENDO LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN CLÍNICA, PSICOLÓGICA O EDUCATIVA. FINALMENTE, SE BRINDAN ORIENTACIONES PSICOEDUCATIVAS, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ADAPTADAS AL PACIENTE Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO, CON SEGUIMIENTO PROGRAMADO PARA EVALUAR LA EVOLUCIÓN Y EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS.
10	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS CON INTENTO SUICIDA O RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA MEDIANTE EVALUACIÓN CLÍNICA, REVISIÓN DE ANTECEDENTES Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE ESTANDARIZADOS. UNA VEZ IDENTIFICADO EL RIESGO, SE IMPLEMENTA LA INTERVENCIÓN INMEDIATA CORRESPONDIENTE, QUE PUEDE INCLUIR CONTENCIÓN EMOCIONAL, PSICOEDUCACIÓN Y DERIVACIÓN A SERVICIOS ESPECIALIZADOS SEGÚN LA GRAVEDAD DEL CASO. TODOS LOS CASOS SE NOTIFICAN AL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA CONDUCTA SUICIDA (SISVECOS) PARA GARANTIZAR SEGUIMIENTO, REGISTRO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN OPORTUNAS.
11	DESDE EL ÁREA DE PSICOLOGÍA SE IDENTIFICAN CASOS DE MALTRATO INFANTIL REITERADO QUE NO RECIBEN ATENCIÓN POR PARTE DE SUS CUIDADORES. LA ACTIVIDAD INCLUYE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y PSICOSOCIAL DEL MENOR, LA REVISIÓN DE ANTECEDENTES Y LA OBSERVACIÓN DE SIGNOS DE MALTRATO FÍSICO, EMOCIONAL O NEGLIGENCIA. UNA VEZ IDENTIFICADO EL CASO, SE REALIZA EL REPORTE Y LA ACTIVACIÓN ANTE LAS ENTIDADES CORRESPONDIENTES, DE ACUERDO CON EL CASOS, ASÍ COMO LA NOTIFICACIÓN AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA SEXUAL (SIVIM), ASEGURANDO EL SEGUIMIENTO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PARA EL MENOR.
12	SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90585564	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	\$ 119.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/10	\$ 152.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 23.300
OTRO			

TOTAL PAGADO

\$ 294.500

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



NATALIA ROCIO CASAS AVELLANEDA

PS_6306_2025_DAC386

NATALIA ROCIO CASAS AVELLANEDA

CC: 1020814424

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_6306_2025_DAC386

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO