

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ			CC:	1023979508
CORREO ELECTRÓNICO:	RAMIREZMAFE2@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3015751742
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 29 A SUR 29 03			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24081137224
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1446 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.709.728	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div>MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ PS_1446_2025_C2F406</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ CC: 1023979508 CEL: 3015751742</div>					

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

MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ

CON C.C N°

1.023.979.508

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 1446 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.838.912	No. HORAS EJECUTADAS	198
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 40.807.008	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
------------------------	-----------------------------

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	Desarrolló un proceso de gestión integral del equipo de psicología que incluyó el fortalecimiento de la cohesión del equipo de psicología, y el aseguramiento de que los protocolos institucionales fueran seguidos de manera rigurosa.
2	Coordinación y articulación tanto con equipo se voluntarios como eje de responsabilidad social para la coordinación del ingreso de estos a las unidades.
3	Elaboración y envío de informes, reportes e instructivos de acuerdo con las necesidades presentadas por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
4	Trabajo colaborativo en estrategias pertenecientes a los procesos de atención de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
5	Registro de notas hospitalaria y evolución de historia clínica en DINAMICA donde se soporta la intervención realizada con cada paciente y/o sus familiares.
6	Registro de asistencia de aproximadamente 15 colaboradores, sobre temáticas relacionadas con la oficina de partición comunitaria y servicio al ciudadano.
7	Abordaje a pacientes de acuerdo con las necesidades presentadas por los mismos y/o sus acompañantes llevando a cabo aproximadamente 10 abordajes que incluyen contención emocional, primeros auxilios psicológicos, atención en duelos, entre otros.
8	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.
9	Asistencia a reuniones tanto presenciales como virtuales realizados por la subred integrada de servicios de salud Centro Oriente, con registro en las respectivas listas de asistencia.
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	Participar activamente en las estrategias y actividades realizadas por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
12	Dar uso adecuado de las historias clínicas garantizando la reserva y confidencialidad de la información.
13	Actas de acompañamiento a las fundaciones, soportes en historia clínica a través de DINAMICA en el abordaje a pacientes y acompañantes.
14	Uso diario de carné institucional y elementos de bioseguridad proporcionados por la Subred Centro Oriente ESE.
15	Desarrollo de las acciones 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 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-11-01) AL (2025-11-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 90806414	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/05	\$ 185.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/05	\$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/05	\$ 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 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		<div><div>MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ PS_1446_2025_C2F406</div><hr/>MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ CC: 1023979508</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		<div><div>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES PS_1446_2025_C2F406</div><hr/>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1023879508	MARIA FERNANDA NIETO RAMÍREZ	Calle 29A sur # 29-03 apto 407	3015751742	ramirezmafe2@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					1	0
TOTAL A PAGAR						
PERIODO SALUD	2025-10	2025-10	05/11/2025	90806414	\$488.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	185.500	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
						0		0	
								0	1

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	80029739-0	237.500	

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	36.200	

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.700	0	0	29.700	1		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	185.500	185.500	
Pensión	1	237.500	237.500	
Riesgos Laborales	1	36.200	36.200	
CCF	1	29.700	29.700	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	4	488.900	488.900	

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES							
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres						Cotizante	Extranjero	Colaborador	Inactivo	RE	CORREGCIÓN	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo personal de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Código Cotización	IBIC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SEINA	Aporte ICBSF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1023979508	NIETO RAMIREZ MARIA FERNANDA						59	0	N					230201	1.483.891	227.500	0	0	0	1.483.891	185.500	14-7	1.483.891	3	36.200	CCF24	1.483.891	29.700	0	0	0	0



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTAS DE COBRO FEBRERO 2025 PSICOLOGIA.pdf (Archivado)	CUENTAS DE COBRO FEBRERO 2025 PSICOLOGIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1446 2025 CRP-6107.pdf	1 PS 1446 2025 CRP-6107.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1446 2025 CRP-15677.pdf	2 PS 1446 2025 CRP-15677.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1446 2025 CRP-19717.pdf	3 PS 1446 2025 CRP-19717.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf (Archivado)	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ.pdf	PS 1446 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 MARIA FERNANDA NIETO RAMIREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>