

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 NATALIA ROCIO CASAS AVELLANEDA PS_6306_2025_A199E0 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 PSIC?LOGO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCI?N 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI?N SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 6306 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/09/10

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$8.074.932No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$12.824.892VALOR 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

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	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.
2	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.
3	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.
4	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.
5	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.

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° 91411411	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	\$ 237.495
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	\$ 303.993
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 46.283
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 587.771
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	 NATALIA ROCIO CASAS AVELLANEDA PS_6306_2025_A199E0 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_A199E0 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		