

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	PAOLA ANDREA PARRA PULIDO			CC:	1018449359
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDRE91_29@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3207689892
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2C ESTE 90D 22 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24113236631
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7419 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.595.070	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 PAOLA ANDREA PARRA PULIDO PS_7419_2025_F63D91 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PAOLA ANDREA PARRA PULIDO CC: 1018449359 CEL: 3207689892					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
PAOLA ANDREA PARRA PULIDO

CON C.C N°1.018.449.359

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 7419 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/07

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.958.300No. HORAS EJECUTADAS178

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$8.708.260VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.595.070

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDOS (2) 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	1. REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD CONFORME A LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN: al comenzar el proyecto se realiza la apropiación de la resolución 1499 para la atención adecuada de los pacientes.
2	PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DE HISTORIA CLÍNICA EN DINÁMICA GERENCIAL: Al iniciar el proceso se participa a las capacitaciones correspondientes para que sea idóneo la atención en los usuarios.
3	VERIFICAR QUE LA PERSONA A VALORAR ESTÉ PREVIAMENTE CARACTERIZADA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL APLICATIVO GTAPS EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL Y EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL E INTRAMURAL, REALIZAR LA ATENCIÓN DE MANERA PERTINENTE REGISTRANDO LA INFORMACIÓN EN DINÁMICA GERENCIAL SEGÚN LOS HALLAZGOS Y EL RIESGO DE CADA CASO, PREVIA FACTURACIÓN Y CARGUE DE LA AGENDA: Dentro de la atención se evidencia que se encuentran previamente caracterizados por medio de la auxiliar de enfermería, así mismo logrando registrarlos de una manera idónea en los aplicativos de GTAPS y Dinamica
4	4. REALIZAR RECONOCIMIENTO Y ADECUACIÓN TERRITORIAL/COMUNITARIA: Por medio del recorrido territorial con los equipos correspondientes se reconoce el territorio del euipo 53 (Barrio Atenas) y 68 Barrio Suramericana. 4. REALIZAR RECONOCIMIENTO Y ADECUACIÓN TERRITORIAL/COMUNITARIA: Por medio del recorrido territorial con los equipos correspondientes se reconoce el territorio del euipo 53 (Barrio Atenas) y 68 Barrio Suramericana.
5	5. IDENTIFICAR, REGISTRAR, ANALIZAR Y REPORTAR LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS DE GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL SEGÚN LOS HALLAZGOS Y EL RIESGO DE CADA CASO: Para las atenciones realizadas dentro el recorrido con el equipo básico en salud se realiza la identificación de los pacientes, donde se realiza las valoraciones por parte de psicología, seguido a esto se reportan en los aplicativos correspondiente.
6	6. REALIZAR ATENCIONES BAJO EL ESQUEMA DE LA ESTRATEGIA ENFRENTANDO PROBLEMAS PLUS EP+ Y PLAN DE MANEJO TERAPÉUTICO, CONCERTAR E IDENTIFICAR DE MANERA CONJUNTA LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO Y PRIORIDADES, DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LOGROS DE LA GESTIÓN: Dentro del mes se realiza la atención correspondiente donde se realiza la valoración y las sesiones identificando la necesidad de cada paciente.
7	REALIZAR ATENCIONES A LA POBLACIÓN CON RIESGO EN SALUD MENTAL SEGÚN EL CRITERIO PROFESIONAL Y EL RIESGO DE LOS CASOS RELACIONADOS CON EVENTOS TRAUMÁTICOS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y DIFICULTADES EN LAS RELACIONES EN EL CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL Y AMBIENTAL: D entro del mes se evidencio que la población evaluada la mayoría tiene no manejo de emociones lo cual ha hecho que tengan factores de riesgo dentro de su entorno, así mismo problemáticas de pautas de crianza y el no manejo de estrés.
8	10. REALIZAR LA IDENTIFICACIÓN DE SOBRECARGA DE CUIDADO CON EL FIN DE TRABAJAR EN CONJUNTO CON REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD Y LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR EBEH: dentro del mes se evidencio dos casos de agotamiento de cuidador por dos pacientes de trastorno de desarrollo, evidenciándose estrés cansancio y no rutinas para el cuidador.
	12. ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y/O CONVOCATORIAS, ASÍ COMO REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS O JORNADAS A LAS CUALES SEA CONVOCADO: Dentro del mes se asistió de una manera puntual a las capacitaciones comités o convocatorias realizadas dentro del proyecto para que se cumplan con los objetivos contractuales

9	de una manera adecuada.
10	13. REALIZAR EL ENVÍO DE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, PAGO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LOS DEMÁS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS: para realizar la cuenta de cobro se envía los documentos correspondientes como es el soporte de seguridad social en salud y pensión .
11	16. REGISTRAR LA INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS, APLICATIVOS, BASES DE DATOS Y FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO PREVISTOS Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS: Dentro del mes se tuvo un proceso de aprendizaje con el fin de registrar la información de una manera correcta dentro de los tiempos estipulados. No obstante dentro del aplicativo de GTAPS se tuvo dificultades para el cargue de los pacientes. (Admisión)
12	18. REALIZAR EL USO LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADAS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, A EFECTOS DE NO COMPARTIRLAS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO Y HACER ENTREGA DE LAS MISMAS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO. AL IGUAL QUE LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO: dentro del mes se asigno clave en GTAPS y dinámica los cuales se encuentran bajo la debida reserva y confidencialidad del funcionario a cargo.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 1077203044	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/12	\$ 151.662	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 194.128	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 29.555	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 375.345	

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	 PAOLA ANDREA PARRA PULIDO PS_7419_2025_F63D91 PAOLA ANDREA PARRA PULIDO CC: 1018449359
--------------------------------	--

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_7419_2025_F63D91

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-12-19, 03:52:43 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1077203044 Referencia pago(PIN) 8823622629

Periodo Cotización 202510 Periodo Servicio 202510

Cliente:

PAGADA 2025-11-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAOLA ANDREA PARRA PULIDO						
Documento	CC 1018449359			Dirección	CR 2C ESTE #90 D - 22 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3207689892		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1018449359		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00					PARRA PULIDO PAOLA ANDREA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
X															0	24	24	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 184.600	\$ 0	\$ 0	\$ 144.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

