

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GLORIA ESMERALDA JIMENEZ TORRES		CC:	52129824	
CORREO ELECTRÓNICO:	GLOESJITO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3144257676	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 49 A BIS A SUR 13 M 04		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004800453526

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5565 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.749.960
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



GLORIA ESMERALDA JIMENEZ TORRES
PS_5565_2025_5A29AC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GLORIA ESMERALDA JIMENEZ TORRES

CC: 52129824

CEL: 3144257676

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

GLORIA ESMERALDA JIMENEZ TORRES

CON C.C N° 52.129.824

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. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5565 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/06
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.249.880	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 36.399.150	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.749.960
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES
--	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
-------------------------------	--------------------------------

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)

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	1. SE ABORDA A LA POBLACIÓN DEL CAPS SAN JORGE REALIZANDO LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES SOCIOCULTURALES QUE IMPACTAN LA SALUD MENTAL, TALES COMO COSTUMBRES, REDES DE APOYO Y DINÁMICAS DE CONVIVENCIA, CON EL FIN DE RECONOCER ELEMENTOS PROTECTORES Y DE RIESGO EN LA COMUNIDAD QUE ORIENTEN LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PROMUEVAN ACCIONES DE CUIDADO INTEGRAL EN SALUD MENTAL DENTRO DE LA UNIDAD.
2	2. DESDE LAS ATENCIONES PSICOLÓGICAS EN EL CAPS SAN JORGE SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE CAPACIDADES, FACTORES DE RIESGO Y DINÁMICAS PRESENTES EN EL NÚCLEO FAMILIAR, A TRAVÉS DE LAS ATENCIONES INDIVIDUALES Y TALLERES GRUPALES, CONSIDERANDO TAMBIÉN A SUS INTEGRANTES Y EL ENTORNO INMEDIATO. ESTE ABORDAJE PERMITE RECONOCER FORTALEZAS Y VULNERABILIDADES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL DEL USUARIO, FAVORECIENDO LA FORMULACIÓN DE PLANES DE INTERVENCIÓN ORIENTADOS AL FORTALECIMIENTO DE LOS VÍNCULOS FAMILIARES, LA PROMOCIÓN DE FACTORES PROTECTORES Y LA MITIGACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y PSICOLÓGICOS.
3	3. SE REALIZAN INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS DE MANERA INDIVIDUAL, BAJO LA RESOLUCION 1499 DEL MINISTERIO DE SALUD, EN LAS CUALES SE ACUERDA CON EL PACIENTE 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 TERAPÉUTICO.
4	4. SE ESTABLECIÓ CON LOS USUARIOS 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	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 VIGILANCIA SIVIM Y SISVECOS.
6	6. SI BIEN ESTA ACCIÓN NO ES PROPIA DE LA MODALIDAD INTRAMURAL, SE EJECUTA JUNTO CON LA MODALIDAD EXTRAMURAL PARA REDUCIR BARRERAS DE ACCESO.
7	7. 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.

8	8 EN EL ÁMBITO CLÍNICO DEL CAPS SAN JORGE, SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS TRAUMÁTICOS, 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
9	9 EN EL CAPS SAN JORGE, BAJO EL ÁREA DE SALUD MENTAL, 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.
10	10 EN EL CAPS SAN JORGE, 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.
11	11 ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y /O CONVOCATORIAS.
12	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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9495078864	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/10	\$ 237.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	\$ 304.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 46.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 587.800

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 ibr 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



GLORIA ESMERALDA JIMENEZ TORRES

PS_5565_2025_5A29AC

GLORIA ESMERALDA JIMENEZ TORRES

CC: 52129824

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_5565_2025_5A29AC

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52129824		JIMENEZ TORRES GLORIA ESMERALDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 49 a bis a sur #13 m 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5680961	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1995387361	9495078864	I	2025/12/05	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	5	\$589,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,899,984	\$304,000			\$1,899,984	\$237,500			\$0	\$0			\$1,899,984	\$46,300		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,899,984	\$304,000			\$1,899,984	\$237,500			\$0	\$0			\$1,899,984	\$46,300		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,899,984	\$304,000			\$1,899,984	\$237,500			\$0	\$0			\$1,899,984	\$46,300		\$0	\$0
1	CC	52129824	JIMENEZ GLORIA	230301	30	\$1,899,984	\$304,000	EPS005	30	\$1,899,984	\$237,500	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,899,984	\$46,300	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,899,984	\$304,000			\$1,899,984	\$237,500			\$0	\$0			\$1,899,984	\$46,300		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52129824		JIMENEZ TORRES GLORIA ESMERALDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 49 a bis a sur #13 m 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5680961	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1995387361	9495078864	I	2025/12/05	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	5	\$589,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$304,000	\$1,000	\$0	\$305,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$304,000	\$1,000	\$0	\$305,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$46,300	\$200	\$0	\$46,500	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$46,300	\$200	\$0	\$46,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$237,500	\$800	\$0	\$238,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$237,500	\$800	\$0	\$238,300	
TOTAL				1	\$587,800	\$2,000	\$0	\$589,800	

Detalle de mis movimientos



[← Atrás](#)

Compra APORTES EN LINEA

Valor
\$589.800,00 COP

Nº de aprobación
9538736-1

Canal
Zona de Pagos PSE

Fecha y hora
**10 dic., 2025
5:53 am**

Origen

**Cuenta de
Ahorros**

0550 0048 0045 3526

GLORIA ESMERALDA J...



Destino

**APORTES EN
LINEA**



Descargar
comprobante





- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> 1 PS 5565 2025 CRP-17149.pdf	1 PS 5565 2025 CRP-17149.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5565 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5565 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS_5565_ CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS_5565_ CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5565 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5565 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5565 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5565 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5565 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5565 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5565 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 5565 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >