

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS DAVID BERMUDEZ ABRIL		CC:	80792170	
CORREO ELECTRÓNICO:	cdbermudeza@gmail.com		TELÉFONO:	3108635820	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 52 BIS 18 SUR 18		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	637282724

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5915 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.728.464
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



CARLOS DAVID BERMUDEZ ABRIL
PS_5915_2025_74A1DD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CARLOS DAVID BERMUDEZ ABRIL

CC: 80792170

CEL: 3108635820

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

CARLOS DAVID BERMUDEZ ABRIL

CON C.C N°

80.792.170

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5915 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/10
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.040.486	No. HORAS EJECUTADAS	199
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 26.672.570	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.728.464
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL
--	------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
-------------------------------	-----------------------

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	VALORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL, FISICO Y ODONTOLOGICO DE LA PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD CUANDO SALE POR BENEFICIO ADMINISTRATIVO Y AL REINGRESO AL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO O CENTRO DE RECLUSION ESPECIAL DE RECLUSION, COTEJANDO PLENA IDENTIFICACION DE LA PPL
2	REALIZAR NOTIFICACION DE EVENTOS DE SALUD PUBLICA MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS FICHAS DE NOTIFICACION ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD
3	DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGIA CLINICA EN COORDINACION CON EL ROL DE LA PSIQUIATRIA CONSTRUIR UN PLAN DE ACCION Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS4
4	GENERAR DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGIA CLINICA LA CONSOLIDACION DE LA LINEA BASE DE LOS NUEVOS INGRESOS EN LOS CENTROS EN LO RELACIONADO CON SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, A PARTIR DEL TAMIZAJE, APLICACION DE INSTRUMENTOS ESTABLECIDOS PARA TAL FIN (SQR, ASSIST Y APGAR FAMILIAR) LA ATENCION INICIAL Y VALORACION DE LA POBLACION QUE DEMANDE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS REALIZADAS DESDE EL ROL DE LA PSIQUIATRIA
5	REALIZAR DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGIA CLINICA LA REVISION, DIGITACION Y ANALISIS ESTADISTICO DEL TAMIZAJE APLICADO EN EL INGRESO A LOS CENTROS PENITENCIARIOS, ESTABLECIENDO NIVEL DE RIESGO Y ATENCION INTEGRAL DE LOS RESULTADOS DE LA CONSOLIDACION DE LA LINEA BASE, EN LO RELACIONADO CON EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
6	ARTICULAR DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGIA CLINICA EN COORDINACION EN EL ROL DE LA PSIQUIATRIA LAS ACCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA SECRETARIA PARA PODER IMPLEMENTAR LAS FASES DEL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS AL INTERIOR DE LOS CENTROS, REALIZANDO SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES REALIZADAS DE FORMA MENSUAL
7	LIDERAR DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGIA CLINICA EN COORDINACION CON EL ROL DE LA PSIQUIATRIA AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA SECRETARIA EN EL PROCESO DE ATENCION INICIAL A TRAVES DE LA ARTICULACION, PARA EVALUACION INTEGRAL, EL DIAGNOSTICO, LA DEFINICION DEL PLAN DE TRATAMIENTO, EL SEGUIMIENTO Y GESTION DEL CASO

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° 92476127	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/18	\$ 197.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/18	\$ 252.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/18	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 449.100

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	 <p><i>CARLOS DAVID BERMUDEZ ABRIL</i> <i>PS_5915_2025_74A1DD</i></p> <hr/> <p>CARLOS DAVID BERMUDEZ ABRIL CC: 80792170</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>GUILLERMO RUBIO GUIZA</i> <i>PS_5915_2025_74A1DD</i></p> <hr/> <p>GUILLERMO RUBIO GUIZA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80792170	CARLOS DAVID BERMUDEZ ABRIL		Cra 52 bis No 18 18 sur	3108635820	cdbermudeza@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	18/12/2025	92476127	\$449.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	196.800	0		0		0	1	200	0	197.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	251.900	0	0	0	0	1	200	0	252.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	196.800	197.000
Pensión	1	251.900	252.100
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	448.700	449.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80792170	CARLOS DAVID BERMUDEZ ABRIL		Cra 52 bis No 18 18 sur	3108635820	cdbermudeza@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	\$449.100				

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	80792170	BERMUDEZ ABRIL CARLOS DAVID	3	0	N																	230201	1.573.824	251.900	0	0	0	0	EPS008	1.573.824	196.800		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- 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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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"/> PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 5915 2025 CRP-21313.pdf	1 PS 5915 2025 CRP-21313.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 5915 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >