SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LAURA VIVIANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ**			**CC:**	**1031153819**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LAURAVRODRIGUEZ0@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3118603139**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 14 38 58 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24055267094**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1455 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.709.728**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

LAURA VIVIANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
PS_1455_2025_B01028

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA VIVIANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CC: 1031153819
CEL: 3118603139

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LAURA VIVIANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.031.153.819**	
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 1455 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 48.226.464	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.709.728
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	Registro de notas hospitalaria y evolución de historia clínica en DINÁMICA y plataforma ALMERA donde se soporta la intervención realizada con cada paciente y/o sus familiares en el Hospital San Blas con apoyo en cubrimiento en el Hospital Victoria y el centro de salud Samper Mendoza durante el mes de diciembre del 2025. Así como el reporte de aproximadamente 3 pacientes encuestados con temáticas del eje de humanización.
2	Registro de asistencia de aproximadamente 15 colaboradores, sobre temáticas relacionadas con la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, específicamente derechos y deberes en salud, dadivas y procedimiento de segunda opinión médica.
3	Participar activamente en las estrategias y actividades realizadas por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, tales como la reunión mensual de fortalecimiento.
4	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.
5	Inscripción oportuna a procesos de formación informal articulados con la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Así como el envío de soportes de la correspondiente participación en el curso de SERVICIO A LA CIUDADANIA con una duración de 40 horas.
6	Desarrollo de las actividades 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, tales como sensibilizaciones a quejas y el registro de 25 usuarios en plataforma Si cuéntanos Bogotá.
7	Dar uso adecuado de las historias clínicas garantizando la reserva y confidencialidad de la información, evitando la divulgación de datos a terceros.
8	Abordaje a pacientes de acuerdo con las necesidades presentadas por los mismos y/o sus acompañantes llevando a cabo aproximadamente 30 abordajes que incluyen contención emocional, primeros auxilios psicológicos, atención en duelos, entre otros.
9	Respuesta oportuna a aproximadamente 10 interconsultas, entrega de actas de acompañamiento a 4 fundaciones durante el mes de diciembre, diligenciamiento oportuno de notas en historia clínica y reporte de informe trimestral de datos del periodo vigente.
10	Uso diario de carnet institucional y elementos de bioseguridad proporcionados por la Subred Centro Oriente ESE.
11	Soporte a través de DINÁMICA, actas, registro fotográfico de acuerdo con la naturaleza de las actividades realizadas.

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° 91451663	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/10	$ 186.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	$ 238.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/10	$ 36.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 461.100

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 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	*LAURA VIVIANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ* *PS_1455_2025_B01028* **LAURA VIVIANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ** **CC: 1031153819**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ* *PS_1455_2025_B01028* **MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1455_2025_B01028* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**