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: (31-07-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4612 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.419.825**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/07/22**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/22 AL 2026/07/30**				

PAOLA ANDREA PARRA PULIDO
PS_4612_2026_CC038F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAOLA ANDREA PARRA PULIDO
CC: 1018449359
CEL: 3207689892

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			
PAOLA ANDREA PARRA PULIDO			
	CON C.C N°	**1.018.449.359**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4612 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/07/22**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.374.980	**No. HORAS EJECUTADAS**	**55**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.374.980	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.419.825
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	QUINCE (15) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ		

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. REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS): Se realiza lectura de la resolución 32-80 con el objetivo de apropiar los conocimientos y los lineamientos de atención según el perfil de Psicologia dentro de la atención extramural.
2	2.PARTICIPAR DE MANERA INDELEGABLE EN CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS, COMITÉS CLÍNICOS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS DEFINIDAS POR LA SUBRED, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES. SE PARTICIPA EN LAS SIGUIENTES CAPACITACIONES : CAPACITACIÓN SOBRE RESOLUCIÓN 3280/2018 Y GESTION INTEGRAL DE RIESGO, CAPACITACIÓN SOBRE RIHAS, MODELO ATENCIÓN EN SALUD, CAPACITACIÓN SOBRE SIVIGILA , REALIZACION CURSO MAS BIENESTAR , CAPACITACION GTAPS 2.0 , CAPACITACION DINAMICA
3	36.APOYAR TÉCNICA Y OPERATIVAMENTE LOS ESPACIOS DE CAPACITACIÓN, COMITÉS Y DEMÁS INSTANCIAS INSTITUCIONALES A LOS QUE SEA CONVOCADO, MEDIANTE LA PLANEACIÓN, ELABORACIÓN, DESARROLLO Y SOCIALIZACIÓN DE CONTENIDOS Y CAPACITACIONES ACORDES CON SU PERFIL PROFESIONAL DE MEDICINA, CUANDO ASÍ SE REQUIERA. ESTAS ACTIVIDADES HACEN PARTE INTEGRAL DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DEL PROFESIONAL MÉDICO Y, POR TANTO, NO GENERARÁN EL RECONOCIMIENTO DE HONORARIOS ADICIONALES, DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO : PARTICIPACIÓN DEL COMITE GENERAL DEL MES DE JULIO
4	.37.DEBERÁ REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CONFORME A LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025 Y AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ACTIVIDADES QUE SERÁN OBJETO DE VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.: Realizacion del curso cesación de tabaco, curso cardiovascular y curso atención con enfoque diferencial en el aplicativo de aula virtual.

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 (2026-07-22) AL (2026-07-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*PAOLA ANDREA PARRA PULIDO* *PS_4612_2026_CC038F* **PAOLA ANDREA PARRA PULIDO** **CC: 1018449359**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4612_2026_CC038F* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**