

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

|                        |                          |                   |            |                          |                                      |
|------------------------|--------------------------|-------------------|------------|--------------------------|--------------------------------------|
| No. CONTRATO - OPSE    | 4134                     | C.D.P. No.        | 633        | Proceso al que pertenece | GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
| Nombre del Contratista | MICHEL ANGELO MELO ORTIZ |                   |            | C.C.                     | 1.233.693.034 de BOGOTÁ              |
| Fecha Inicio           | 2021-03-01               | Fecha Terminación | 2021-03-31 | Valor Mensual            | \$ 3.083.694                         |
|                        |                          |                   |            | Valor a cobrar           | \$ 1.775.325                         |

| ADICIÓN OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|-----------------|---------------|-----|-----------------|----------------------|
| 1               |               |     |                 |                      |
| 2               |               |     |                 |                      |
| 3               |               |     |                 |                      |
| 4               |               |     |                 |                      |
| 5               |               |     |                 |                      |
| 6               |               |     |                 |                      |
| 7               |               |     |                 |                      |
| 8               |               |     |                 |                      |
| 9               |               |     |                 |                      |
| 10              |               |     |                 |                      |
| 11              |               |     |                 |                      |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      | MARZO                  | \$ 2.775.325  | \$ 281.200                  | 48538233           |
| 2      |                        |               |                             |                    |
| 3      |                        |               |                             |                    |
| 4      |                        |               |                             |                    |
| 5      |                        |               |                             |                    |
| 6      |                        |               |                             |                    |
| 7      |                        |               |                             |                    |
| 8      |                        |               |                             |                    |
| 9      |                        |               |                             |                    |
| 10     |                        |               |                             |                    |
| 11     |                        |               |                             |                    |

|                     |                            |                          |                  |                    |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|                     | \$ 1.775.325               | \$ 2.775.325             | \$ 2.775.325     | \$ 0               |

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO 022 2020

| Relación de actividades para el periodo                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Desde                                                                                                                                   | Hasta                                                                       |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2021-03-01                                                                                                                              | 2021-03-31                                                                  |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las consignadas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                         | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                        |
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                              |                                                                             |
| 1                                                          | Realizar la intervención y seguimiento propios de su especialidad profesional a los pacientes cualificados por las diferentes puertas de entrada de la Ruta Integral en Salud del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.                                                                                                                                                                   | se realiza proceso de cualificación de las diferentes puertas de entrada que tiene la ruta                                              | matriz que evidencie el producto con fecha del mes correspondiente al corte |
|                                                            | Realizar intervenciones grupales de psicoeducación a los pacientes cualificados por las diferentes puertas de entrada de la Ruta Integral en Salud del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones                                                                                                                                                                                               | socialización y posicionamiento de la ruta en las diferentes puertas de entrada                                                         | Acta y listado de asistencia                                                |
| 3                                                          | Apoyar la asistencia técnica a otras entidades en gestión de la información para la implementación de la Ruta Integral en Salud del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones                                                                                                                                                                                                                  | visitas y reuniones con los encargados de los procesos planteados por la ruta de manera periódica con el fin de generar líneas técnicas | Acta y listado de asistencia                                                |
| 4                                                          | Asistir a las reuniones programadas por quien ejerce vigilancia, orientación y control de la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | asistir a reuniones de manera presencial o de manera virtual                                                                            | Acta y listado de asistencia                                                |
| 5                                                          | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y entre instituciones de las unidades de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud.                                                                                                                                                                                                                    | realizar actividades con entidades asociadas, intersectoriales y comunitarias con el fin de posicionarse la ruta                        | Acta y listado de asistencia                                                |
| 6                                                          | Realizar seguimiento a pacientes con consumo de sustancias psicoactivas Inicial y problemáticas en diferentes etapas de desarrollo (infancia, adolescencia, juventud, adultez adulta mayor)                                                                                                                                                                                                                               | mediante la base de seguimiento. Lograr un control de los pacientes que ingresan a la ruta                                              | matriz que evidencie el producto con fecha del mes correspondiente al corte |
| 7                                                          | Elaborar y reportar de manera oportuna a la matriz de atención individual de los usuarios cualificados a la Ruta Integral en Salud del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.                                                                                                                                                                                                              | mediante las matrices que usa la ruta para dividir los diferentes procesos. Lograr diligenciarlas de manera oportuna                    | matriz que evidencie el producto con fecha del mes correspondiente al corte |
| 8                                                          | Apoyar la implementación del plan de fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud mental para mejorar en la identificación y la atención integral en las Subredes Integradas de Servicios de Salud de la Ruta Integral en Salud de trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.                                                                                     | apoyando el proceso de posicionamiento de la ruta mediante metodologías según su profesión                                              | Acta y listado de asistencia                                                |
| 9                                                          | Apoyar la detección temprana de riesgos psicoemocionales, trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas.                                                                                                                                                                                                                                                                                | se buscan las matrices de acuerdo al nivel de riesgo                                                                                    | matriz que evidencie el producto con fecha del mes correspondiente al corte |
| 10                                                         | Desarrollar las demás tareas que le sean delegadas acorde a lo contemplado en el Convenio 22 del 2020 ruta integral en Salud de trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones contemplados en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente convenio. Contemplados en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente convenio. | capacitación                                                                                                                            | acta de capacitación                                                        |

Observaciones: Creación de base para retroalimentación por parte de ambulancias

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 1.233.693.034 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

|         |                                                |
|---------|------------------------------------------------|
| NOMBRE: | LORENZA BECERRA CAMARGO                        |
| CARGO:  | DIRECTORA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
| FIRMA:  | <i>[Firma]</i>                                 |

*[Firma]*  
Firma del Contratista

OK  
aplicado

*[Firma]* v.B.

1. The following information is to be used in the preparation of the financial statements for the year ended 31/12/2017.

| Account Name             | Debit Balance | Credit Balance |
|--------------------------|---------------|----------------|
| Bank                     | 100,000       |                |
| Accounts Receivable      | 200,000       |                |
| Accounts Payable         |               | 150,000        |
| Capital                  |               | 250,000        |
| Profit                   |               | 100,000        |
| Loss                     |               | (50,000)       |
| Dividends                | 50,000        |                |
| Interest Expense         | 10,000        |                |
| Interest Income          |               | 5,000          |
| Depreciation Expense     | 20,000        |                |
| Salaries Expense         | 100,000       |                |
| Rent Expense             | 10,000        |                |
| Utilities Expense        | 5,000         |                |
| Insurance Expense        | 10,000        |                |
| Advertising Expense      | 10,000        |                |
| Transportation Expense   | 5,000         |                |
| Office Supplies Expense  | 5,000         |                |
| Telephone Expense        | 5,000         |                |
| Postage Expense          | 5,000         |                |
| Travel Expense           | 5,000         |                |
| Entertainment Expense    | 5,000         |                |
| Gifts Expense            | 5,000         |                |
| Charitable Contributions | 5,000         |                |
| Other Expenses           | 5,000         |                |
| Total                    | 500,000       | 500,000        |

| Account Name             | Debit Balance | Credit Balance |
|--------------------------|---------------|----------------|
| Bank                     | 100,000       |                |
| Accounts Receivable      | 200,000       |                |
| Accounts Payable         |               | 150,000        |
| Capital                  |               | 250,000        |
| Profit                   |               | 100,000        |
| Loss                     |               | (50,000)       |
| Dividends                | 50,000        |                |
| Interest Expense         | 10,000        |                |
| Interest Income          |               | 5,000          |
| Depreciation Expense     | 20,000        |                |
| Salaries Expense         | 100,000       |                |
| Rent Expense             | 10,000        |                |
| Utilities Expense        | 5,000         |                |
| Insurance Expense        | 10,000        |                |
| Advertising Expense      | 10,000        |                |
| Transportation Expense   | 5,000         |                |
| Office Supplies Expense  | 5,000         |                |
| Telephone Expense        | 5,000         |                |
| Postage Expense          | 5,000         |                |
| Travel Expense           | 5,000         |                |
| Entertainment Expense    | 5,000         |                |
| Gifts Expense            | 5,000         |                |
| Charitable Contributions | 5,000         |                |
| Other Expenses           | 5,000         |                |
| Total                    | 500,000       | 500,000        |

| Account Name             | Debit Balance | Credit Balance |
|--------------------------|---------------|----------------|
| Bank                     | 100,000       |                |
| Accounts Receivable      | 200,000       |                |
| Accounts Payable         |               | 150,000        |
| Capital                  |               | 250,000        |
| Profit                   |               | 100,000        |
| Loss                     |               | (50,000)       |
| Dividends                | 50,000        |                |
| Interest Expense         | 10,000        |                |
| Interest Income          |               | 5,000          |
| Depreciation Expense     | 20,000        |                |
| Salaries Expense         | 100,000       |                |
| Rent Expense             | 10,000        |                |
| Utilities Expense        | 5,000         |                |
| Insurance Expense        | 10,000        |                |
| Advertising Expense      | 10,000        |                |
| Transportation Expense   | 5,000         |                |
| Office Supplies Expense  | 5,000         |                |
| Telephone Expense        | 5,000         |                |
| Postage Expense          | 5,000         |                |
| Travel Expense           | 5,000         |                |
| Entertainment Expense    | 5,000         |                |
| Gifts Expense            | 5,000         |                |
| Charitable Contributions | 5,000         |                |
| Other Expenses           | 5,000         |                |
| Total                    | 500,000       | 500,000        |

| Account Name             | Debit Balance | Credit Balance |
|--------------------------|---------------|----------------|
| Bank                     | 100,000       |                |
| Accounts Receivable      | 200,000       |                |
| Accounts Payable         |               | 150,000        |
| Capital                  |               | 250,000        |
| Profit                   |               | 100,000        |
| Loss                     |               | (50,000)       |
| Dividends                | 50,000        |                |
| Interest Expense         | 10,000        |                |
| Interest Income          |               | 5,000          |
| Depreciation Expense     | 20,000        |                |
| Salaries Expense         | 100,000       |                |
| Rent Expense             | 10,000        |                |
| Utilities Expense        | 5,000         |                |
| Insurance Expense        | 10,000        |                |
| Advertising Expense      | 10,000        |                |
| Transportation Expense   | 5,000         |                |
| Office Supplies Expense  | 5,000         |                |
| Telephone Expense        | 5,000         |                |
| Postage Expense          | 5,000         |                |
| Travel Expense           | 5,000         |                |
| Entertainment Expense    | 5,000         |                |
| Gifts Expense            | 5,000         |                |
| Charitable Contributions | 5,000         |                |
| Other Expenses           | 5,000         |                |
| Total                    | 500,000       | 500,000        |

2. The following information is to be used in the preparation of the financial statements for the year ended 31/12/2017.

3

3. The following information is to be used in the preparation of the financial statements for the year ended 31/12/2017.

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14746874801



(415)7707212489984(8020) 000001474687480 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 2 3 3 6 9 3 0 3 4

1

Impuestos de Bogotá

3 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 2 3 3 6 9 3 0 3 4

27. Fecha expedición

2 0 1 7 0 1 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MELO

32. Segundo apellido

ORTIZ

33. Primer nombre

MIGUEL

34. Otros nombres

ANGEL

Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 69 H # 64 F 73

42. Correo electrónico

churta99@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

7 5 2 2 4 2 5

45. Teléfono 2

3 2 2 2 2 4 5 4 3 7

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Ocupación**

**Actividad principal**

46. Código

47. Fecha inicio actividad

**Actividad secundaria**

48. Código

49. Fecha inicio actividad

**Otras actividades**

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 2 | 2 0 2 1 0 3 0 4

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

54. Impto. renta y compl. régimen ordinario

**Obligados aduaneros**

**Exportadores**

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2021 - 03 - 11 / 16 : 33: 46

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MELO ORTIZ MIGUEL ANGEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

