

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                  |         |              |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|-------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |             |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                      | LEIDY GISELA CARREÑO OVIEDO  |                                                  |         | CC:          | 53011223    |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                       | PSICO.LEIDYCO@GMAIL.COM      |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3046246837  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                      | KR 10 148 23                 |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                  | BANCOLOMBIA                  | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 04551673028 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |             |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                          | PS 2041 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 4.523.520 |             |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026/02/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |             |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                  | DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30 |                                                  |         |              |             |
| <div><div>LEIDY GISELA CARREÑO OVIEDO<br/>PS_2041_2026_935ECF</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>LEIDY GISELA CARREÑO OVIEDO<br/>CC: 53011223<br/>CEL: 3046246837</div> |                              |                                                  |         |              |             |

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

LEIDY GISELA CARREÑO OVIEDO

CON C.C N°

53.011.223

|                      |                                                                                                                                                                            |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS 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 2041 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/02/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |               |                      |     |
|----------------------------|---------------|----------------------|-----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 18.094.080 | No. HORAS EJECUTADAS | 186 |
|----------------------------|---------------|----------------------|-----|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 26.460.160 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 4.523.520 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                |
|-----------------------------------------|----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | SEIS (6) MESES |
|-----------------------------------------|----------------|

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

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

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | VALORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL, FÍSICO Y ODONTOLÓGICO DE LA PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD CUANDO SE SALE POR BENEFICIO ADMINISTRATIVO Y AL REINGRESO AL ESTABLECIMIENTO PENAL O CENTRO DE RECLUSIÓN ESPECIAL, COTIZANDO PLENA IDENTIFICACIÓN DE LA PPL |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                  |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | REALIZAR NOTIFICACIONES DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA MEDIANTE LA DILIGENCIA DE LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                       |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN COORDINACIÓN CON EL ROL DE LA PSIQUIATRIA CONSTRUIR UN PLAN DE ACCIÓN Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | GENERAR DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA LA CONSOLIDACIÓN DE LA LÍNEA BASE DE LOS NUEVOS INGRESO EN LOS CENTROS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, A PARTIR DEL TAMIZAJE, LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS ESTABLECIDOS PARA TAL FIN (SQR, ASSIST Y APGAR FAMILIAR) LA ATENCIÓN INICIAL Y VALORACIÓN DE LA POBLACIÓN QUE DEMANDA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS REALIZADOS DESDE EL ROL DE LA PSIQUIATRIA |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | REALIZAR DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA LA REVISIÓN, DIGITALIZACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL TAMIZAJE APLICADO EN EL INGRESO A LOS CENTROS PENITENCIARIOS, ESTABLECIENDO NIVEL DE RIESGO Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS RESULTADOS DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA LÍNEA BASE, EN LO RELACIONADO CON EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | ARTICULAR DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN COORDINACIÓN EN EL ROL DE LA PSIQUIATRIA LAS ACCIONES DE LOS INTEGRALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA SECRETARIA PARA PODER IMPLEMENTAR LAS FASES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS AL INTERIOR DE LOS CENTROS, REALIZANDO EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES REALIZADAS DE FORMA MENSUAL |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | CONSOLIDAR DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN COORDINACIÓN CON EL ROL DE LA PSIQUIATRIA LOS INFORMES MENSUALES DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CLASIFICANDO LAS ACCIONES REALIZADAS, LOS AVANCES, RETOS Y DESAFÍOS DESDE LO ADMINISTRATIVO Y CLÍNICO PARA MEJORA DEL PROGRAMA DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS EN EL ESPACIO DE LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS SEGÚN CRONOGRAMA ESTABLECIDO |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 | LIDERAR DESDE EL ROL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN COORDINACIÓN CON EL ROL DE LA PSIQUIATRIA AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA SECRETARIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INICIAL A TRAVÉS DE LA ARTICULACIÓN, PARA LA EVALUACIÓN INTEGRAL, EL DIAGNÓSTICO, LA DEFINICIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO, EL SEGUIMIENTO Y LA GESTIÓN DEL CASO |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9 | SE REALIZA LA VALORACION DE LOS PACIENTES POR NIVEL DE RIESGO Y SE ESTABLECE EL PLAN DE SEGUIMIENTO Y ATENCION, ASI MISMO SE ENTREGA COMO SOPORTE LA BASE POR NIVEL DE RIESGO. |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                                                                                                     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | SE HA ESTABLECIDO PARA ESTE PROPOSITO LOS PLANES DE TRABAJO Y SEGUIMIENTO PARA CADA UNO DE LOS PACIENTES ACTIVOS EN ATENCION PARA SU TRATAMIENTO, ESTO QUEDA SOPORTADO CON LA BASE DE NIVEL DE RIESGO DEL PACIENTE. |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | SE REALIZA LA PARTICIPACIÓN EN LAS REUNIONES Y SE DEJA COMO SOPORTE EL ACTA DE LA REUNIÓN Y LAS TEMÁTICAS TOCADAS EN CADA UNA DE ELLAS. |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

|                    |               |               |              |
|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:   | N° 6019729419 | OPERADOR:     | SOI          |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | FAMISANAR     | 2026/06/11    | \$ 227.200   |
| PENSIÓN:           | PROTECCION    | 2026/06/11    | \$ 290.900   |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA      | 2026/06/11    | \$ 0         |
| OTRO               |               |               |              |
| TOTAL PAGADO       |               |               | \$ 518.100   |

**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 afiliación a eps, arl, pensión, 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

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>                                                                | <br><b>LEIDY GISELA CARREÑO OVIEDO</b><br><u>PS_2041_2026_935ECF</u><br><b>LEIDY GISELA CARREÑO OVIEDO</b><br><b>CC: 53011223</b> |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b> | <br><b>GUILLERMO RUBIO GUIZA</b><br><u>PS_2041_2026_935ECF</u><br><b>GUILLERMO RUBIO GUIZA</b><br><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                                |                           |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 53011223                  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | LEIDY GISELA CARRENO OVIEDO                    |                           |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:          | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN:                                                                | CLL 72 SUR N 88 M 11 TELÉFONO:                 | 7653793                   |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:              | I-INDEPENDIENTE           |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:                   | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                                          |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                                             |                           |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                    |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>6019729419</b> | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: mayo         | PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo       |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026         | SALUD: AÑO: 2026                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 6                 |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/06/11        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 380829094     |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL  |        |                    |            |              |
|----------------------|--------|--------------------|------------|--------------|
|                      |        |                    | TOTALES    |              |
|                      |        |                    | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN              |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA       |        |                    |            |              |
| NIT                  | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 8002297390           | 230201 | 230201- PROTECCION | 1          | \$ 290.900   |
| SUBTOTAL:            |        |                    | 1          | \$ 290.900   |
|                      |        |                    |            |              |
| SALUD                |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA       |        |                    |            |              |
| NIT                  | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 8300035647           | EPS017 | EPS017-FAMISANAR   | 1          | \$ 227.200   |
| SUBTOTAL:            |        |                    | 1          | \$ 227.200   |
|                      |        |                    |            |              |
| CAJA DE COMPENSACIÓN |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA       |        |                    |            |              |
| NIT                  | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 8600669427           | CCF24  | CCF24-COMPENSAR    | 1          | \$ 36.400    |
| SUBTOTAL:            |        |                    | 1          | \$ 36.400    |
|                      |        |                    |            |              |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA:      | \$ 552.000        |
| VALOR MORA:          | \$ 2.500          |
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 554.500</b> |

