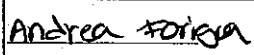
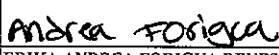
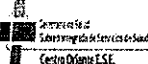
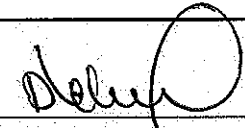
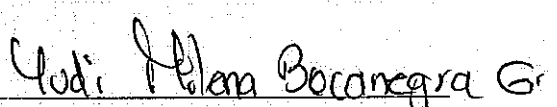
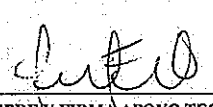
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ERIKA ANDREA FORIGUA REYES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.016.056.023		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLETOS			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5082 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.995.520		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 5.995.520		UN (1) MES Y VEINTE (20) DIAS	
Nº DE INFORME:		(2 de 2)		Nº CRP: 11666	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:		UN (1) MES Y VEINTE (20) DIAS		Nº CDP: 872	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO			
		TOR TECNICO CODIGO 009 GR			
III. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$		CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				PRORROGAS	
				(NUMERO)	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
IV. 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. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución					
2. Realizar los procesos y procedimientos correspondientes al perfil de psicólogo en Salud Mental, dando cumplimiento a las ordenes medicas.					
3. Ejecutar pruebas cognitivas cumpliendo órdenes para la atención de los pacientes.					
4. Tramitar de manera oportuna, las necesidades del servicio asignado al área administrativa respectiva.					
5. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para presentar informes de pruebas realizadas.					
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional					
7. Cumplir con lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato					
8. Adherirse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales.					
9. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad					
10. Realizar el proceso de traslado, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la presentación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.					
11. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred convoque y presentar la certificación correspondiente.					
12. Se desarrollaran las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor					
13. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental					
14. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. Contenidas en el formato de necesidad del personal que hace parte integral del presente contrato.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		8385787851		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SURA		\$ 83.500	
PENSIÓN:		FORVENIR		\$ 106.800	
RIESGOS LABORALES:		SURA		\$ 16.300	
OTRO:				\$	
TOTAL PAGADO:				\$ 206.600	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.					
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el Ibe 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, aut, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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)					
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ERIKA ANDREA FORIGUA REYES					
CC: 1016056023					
CEL: 3115479984					

 Ministerio de Salud Subsecretaría 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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:	ERIKA ANDREA FORIGUA REYES				CC:	1016056023	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDREAFORIGUA154@GMAIL.COM				RUT (NIT):	N/A	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 82D #48-18 SUR				TELÉFONO:	3115479984	
					CIUDAD:	BOGOTÁ	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.							
NO tomaré costos y deducciones				(X)			
SI tomaré costos y deducciones				()			
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.							
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación					SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0570002870594658	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 5082 2025	Nº CDP:	872	Nº RP:	11666	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTE (20) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 5.995.520	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$		2.847.872				
DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE							
 ERIKA ANDREA FORIGUA REYES C.C 1016056023 cel:3115479984							

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ERIKA ANDREA FORIGIA REYES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.016.056.023
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5082 2025
FECHA INICIO CONTRATO	12/3/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5,995,520.00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5,995,520.00
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2,847,872
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1
Nº CRP INICIAL:	11666
Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	872
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTE (20) DÍAS
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8385787851
OPERADOR:	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	UNIDAD RENAL
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ()
TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	ADICIÓN () PRORROGA ()
VALOR ADICIONADO	\$ - CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO: (MESES O DÍAS)
VALOR ADICIONADO	\$ - CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO: (MESES O DÍAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)	
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI NO X
Nº DE PÓLIZA:	XX NOMBRE DE LA ASEGURADORA: XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA ACTO ADMINISTRATIVO DE: XX
IV. VERIFICACIÓN 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
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?
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?
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECO?
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?
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/04/2025) AL (30/04/2025)	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO CARGO: DIRECTORA TECNICA (1 DE ABRIL AL 21 DE ABRIL)
	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR PERFIL: DIRECTORA TECNICA (22 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL)
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUISA FUENTES PERFIL: ENLACE OPERATIVO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ERIKA ANDREA FORIGUA REYES
No. Identificación: CC1016056023
Dirección: CARRERA 82B 48 18 SUR
Telefono: 3115479984
Correo: andreaforigua154@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8385787851

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ERIKA ANDREA FORIGUA REYES	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1016056023	Periodo de Cotización Salud	marzo de 2025
Número de planilla	8385787851	Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2025
Fecha pago	2025-04-14	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	40313003	Total Pagado	220000
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	16300	1
230301	Porvenir	106800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filiar	13400	1
EPS010	EPS-Sura	83500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1016056023
APELLIDOS Y NOMBRES: ERIKA ANDREA FORIGUA REYES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS010	230301	664300	664300	664300	664300	83100	0	106300	0	16200	13300