

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO			CC:	1026587270
CORREO ELECTRÓNICO:	CALEJANDRAULLOAA96@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3167231000
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 100 69 48 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	478970088025
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7286 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 4.749.960
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/30	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO PS_7286_2025_EFBDEA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO CC: 1026587270 CEL: 3167231000					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO

CON C.C N°1.026.587.270

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 7286 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/09/30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$4.908.292No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$4.908.292VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.749.960

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASUN (1) MES Y UN (1) DIA

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	DESDE LA MODALIDAD DE PSICOLOGÍA EXTRAMURAL EN LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL, SE REALIZA EL RECONOCIMIENTO Y LA ADECUACIÓN TERRITORIAL Y COMUNITARIA COMO ACTIVIDAD INICIAL PARA LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL. ESTA LABOR CONSISTE EN CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO, IDENTIFICAR LA DINÁMICA Y EL CONTEXTO DE LOS USUARIOS A ATENDER, ASÍ COMO COMPRENDER LAS PARTICULARIDADES SOCIALES Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN. EL PROPÓSITO ES ESTABLECER UN CONTEXTO ADECUADO QUE PERMITA PLANIFICAR Y DESARROLLAR INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EFECTIVAS, AJUSTADAS A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y FACILITANDO EL ACCESO Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.
2	SE REALIZAN,IDENTIFICACIONES DE CASOS EN PSICOLOGIA BAJO ATENCIONES INDIVIDUALES ENFOCADAS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL PARA EL CUIDADO Y BIENESTAR EMOCIONAL, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DOMICILIARIA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA GUÍA DE INTERVENCIÓN MHGAP DE LA ESTRATEGIA ENFRENTANDO PROBLEMAS PLUS (EP+) Y EL PLAN DE MANEJO TERAPÉUTICO. DURANTE ESTAS INTERVENCIONES EXTRAMURALES SE LLEVA A CABO LA IDENTIFICACIÓN DE CAPACIDADES, FACTORES DE RIESGO, INTEGRANTES DE LA FAMILIA Y CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO, CON EL OBJETIVO DE COMPRENDER EL CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL DEL USUARIO, OPTIMIZANDO LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACCIONES DE CUIDADO Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO AJUSTADAS A SUS NECESIDADES.
3	SE REALIZAN INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS DE MANERA INDIVIDUAL, BAJO LA RESOLUCION 1499 DEL MISNISTERIO DE SALUD, BAJO LA ESTRATEGIA ENFRENTANDO PROBLEMAS PLUS (EP+) EN LAS CUALES SE ACUERDA CON EL USUARIO SE ESTABLECE EL OBJETIVO TERAPÉUTICO, EL NÚMERO DE SESIONES Y LOS LOGROS ESPERADOS, DEFINIENDO DE FORMA CONJUNTA LOS ALCANCES DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN SUS NECESIDADES Y AVANCES. ESTE PROCESO DE CONCERTACIÓN PERMITE GENERAR UN PLAN TERAPÉUTICO CLARO Y FLEXIBLE, QUE SE AJUSTA AL PROGRESO DEL USUARIO Y FAVORECE SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.
4	SE ESTABLECIÓ CON LOS USUARIOS BAJO LA ESTRATEGIA ENFRENTANDO PROBLEMAS PLUS (EP+) EL NÚMERO DE SESIONES Y LOS LOGROS ESPERADOS, DEFINIENDO DE MANERA CONJUNTA LOS ALCANCES DE LA INTERVENCIÓN EN FUNCIÓN DE SUS NECESIDADES Y AVANCES. ESTE PROCESO FACILITA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PLAN TERAPÉUTICO CLARO, ESTRUCTURADO Y A LA VEZ FLEXIBLE, QUE SE ADAPTA AL PROGRESO INDIVIDUAL Y PROMUEVE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.
5	SE BRINDA ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LA POBLACIÓN CON RIESGO EN SALUD MENTAL, IDENTIFICANDO FACTORES ASOCIADOS A LA VULNERABILIDAD Y ESTABLECIENDO ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO. ESTAS ATENCIONES PERMITEN RECONOCER DE MANERA OPORTUNA SÍNTOMAS EMOCIONALES, CONDUCTUALES Y SOCIALES QUE PUEDAN AFECTAR EL BIENESTAR DEL USUARIO, PROMOViendo LA ACTIVACIÓN DE REDES DE APOYO, LA ORIENTACIÓN HACIA SERVICIOS ESPECIALIZADOS CUANDO ES NECESARIO, Y EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PERSONALES Y FAMILIARES QUE CONTRIBUYAN A LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO. TAMBIEN SE REALIZA NOTIFICACIONES AL SISTEMA DE VIGILANACIA SIVIM Y SISVECOS.
6	SE REALIZA LA ARTICULACIÓN CON LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR (EBEH) PARA EL ABORDAJE E IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CUIDADORAS DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TAMIZAJE ZARIT, CON EL FIN DE EVALUAR LA CARGA DEL CUIDADOR Y PLANIFICAR ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO PSICOSOCIAL ADECUADAS.

7	SE REALIZA LA REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LOS ANTECEDENTES DEL USUARIO. POSTERIORMENTE, SE APLICAN INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE, CUESTIONARIOS Y GUÍAS DE OBSERVACIÓN RECOMENDADAS. SE CLASIFICA LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS PARA DETERMINAR SI SE REQUIERE INTERVENCIÓN SOCIAL, CLÍNICA O PREVENTIVA. FINALMENTE, SE BRINDA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL USUARIO A SU VEZ SE REGISTRA LA INFORMACION DRIVES, DINAMICA GERENCIAL Y EL APLICATIVO GTAPP-SDS.		
8	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS TRAUMÁTICOS CARACTERIZADOS, DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y PROBLEMAS EN LAS RELACIONES DEL PACIENTE EN LOS CONTEXTOS FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL Y AMBIENTAL. PARA ELLO, SE REVISLA LA HISTORIA CLÍNICA Y ANTECEDENTES RELEVANTES, APLICA INSTRUMENTOS CLÍNICOS ESTANDARIZADOS, CUESTIONARIOS Y GUÍAS DE OBSERVACIÓN, Y REALIZA ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS Y SEMI-ESTRUCTURADAS SEGÚN LA EDAD Y NECESIDAD DEL PACIENTE. LOS HALLAZGOS SE ANALIZAN PARA DETERMINAR LA GRAVEDAD Y EL IMPACTO FUNCIONAL DE LOS FACTORES IDENTIFICADOS, ESTABLECIENDO LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN CLÍNICA, PSICOLÓGICA O EDUCATIVA. FINALMENTE, SE BRINDAN ORIENTACIONES PSICOEDUCATIVAS, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ADAPTADAS AL PACIENTE Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO, CON SEGUIMIENTO PROGRAMADO PARA EVALUAR LA EVOLUCIÓN Y EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS.		
9	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS CON INTENTO SUICIDA O RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA MEDIANTE EVALUACIÓN CLÍNICA, REVISIÓN DE ANTECEDENTES Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE ESTANDARIZADOS. UNA VEZ IDENTIFICADO EL RIESGO, SE IMPLEMENTA LA INTERVENCIÓN INMEDIATA CORRESPONDIENTE, QUE PUEDE INCLUIR CONTENCIÓN EMOCIONAL, PSICOEDUCACIÓN Y DERIVACIÓN A SERVICIOS ESPECIALIZADOS SEGÚN LA GRAVEDAD DEL CASO. TODOS LOS CASOS SE NOTIFICAN AL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA CONDUCTA SUICIDA (SISVECOS) PARA GARANTIZAR SEGUIMIENTO, REGISTRO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN OPORTUNAS.		
10	DESDE EL ÁREA DE PSICOLOGÍA SE IDENTIFICAN CASOS DE MALTRATO INFANTIL REITERADO QUE NO RECIBEN ATENCIÓN POR PARTE DE SUS CUIDADORES. LA ACTIVIDAD INCLUYE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y PSICOSOCIAL DEL MENOR, LA REVISIÓN DE ANTECEDENTES Y LA OBSERVACIÓN DE SIGNOS DE MALTRATO FÍSICO, EMOCIONAL O NEGLIGENCIA. UNA VEZ IDENTIFICADO EL CASO, SE REALIZA EL REPORTE Y LA ACTIVACIÓN ANTE LAS ENTIDADES CORRESPONDIENTES, DE ACUERDO CON EL CASOS, ASÍ COMO LA NOTIFICACIÓN AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA SEXUAL (SIVIM), ASEGURANDO EL SEGUIMIENTO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PARA EL MENOR.		
11	SE ASISTÉ A MÁS DE 5 CAPACITACIONES, COMITÉS Y /O CONVOCATORIAS.		
12	SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.		
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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 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 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO

PS_7286_2025_EFBDEA

CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO

CC: 1026587270

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_7286_2025_EFBDEA

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Camila Alejandra Ulloa Pisco, identificado(a) con CC número 1026587270, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026587270
NOMBRES Y APELLIDOS	Camila Alejandra Ulloa Pisco
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	09/06/1996
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2021
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	
CEDULA DE CIUDADANIA 1026587270 CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO Desde 24/09/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1026587270 Trabajador Independiente Desde 27/09/2025 - Vigente	

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.587.270**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 17 de octubre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que CAMILA ALEJANDRA ULLOA PISCO identificado(a) con C1026587270 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10265872702529058243