

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	SHAMARY ANDREA HIDALGO SANABRIA		CC:	1033761613	
CORREO ELECTRÓNICO:	pSISHAMARY.H2021@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3002372448	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 60 SUR 23 23		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488419876070

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4454 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.484.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/29	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



SHAMARY ANDREA HIDALGO SANABRIA  
PS\_4454\_2025\_A023D3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

SHAMARY ANDREA HIDALGO SANABRIA

CC: 1033761613

CEL: 3002372448

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

**SHAMARY ANDREA HIDALGO SANABRIA**

**CON C.C N°**

**1.033.761.613**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 4454 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/29</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 10.803.178	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>186</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 35.085.034	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.484.896
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	ONCE (11) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LIZBETH PINZON AYALA
-------------------------------	----------------------

**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	REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTÍFICO, ETICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLÍNICAS GENERADAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA PROCURARÁN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE.
2	DILIGENCIAR Y REGISTRAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y/O LEGIBLE, LOS FORMATOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMÁS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS, RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE.
3	REALIZAR CONSULTA DE PSICOLOGÍA EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA Y SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.
4	REALIZAR AGENDAMIENTO A LOS USUARIOS QUE REFIERA SECRETARIA DE SALUD.
5	CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
6	REVISAR EN PLATAFORMA SISPRO, SI EL USUARIO SE ENCUENTRA ASIGNADO A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
7	REALIZAR SEGUIMIENTO DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS O PENDIENTES PARA LA VALORACIÓN.
8	LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO EN LA REALIZACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.
9	SE REALIZAN 186 HORAS DE LAS CUALES SE REALIZAN INTERCONSULTAS Y CONSULTA EXTERNA.

**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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

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

No. DE PLANILLA:	N° 1076396311	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

**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 periodo correspondiente

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



SHAMARY ANDREA HIDALGO SANABRIA

PS\_4454\_2025\_A023D3

**SHAMARY ANDREA HIDALGO SANABRIA**

**CC: 1033761613**

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



LIZBETH PINZON AYALA

PS\_4454\_2025\_A023D3

**LIZBETH PINZON AYALA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**