

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	INGRI YULIANA MURCIA CUBIDES			CC:	1001047491
CORREO ELECTRÓNICO:	ingridyuliana2002@gmail.com			TELÉFONO:	3118946420
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 75B 16H 71 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	1932032582
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6268 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.749.960	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 INGRI YULIANA MURCIA CUBIDES PS_6268_2025_DBF0A0 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: INGRI YULIANA MURCIA CUBIDES CC: 1001047491 CEL: 3118946420					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
INGRI YULIANA MURCIA CUBIDES

CON C.C N° 1.001.047.491

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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6268 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.074.932	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.824.892	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.749.960
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

ITEM	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	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES SOCIOCULTURALES QUE IMPACTAN LA SALUD MENTAL, TALES COMO COSTUMBRES, REDES DE APOYO Y DINÁMICAS DE CONVIVENCIA, CON EL FIN DE RECONOCER ELEMENTOS PROTECTORES Y DE RIESGO EN LA COMUNIDAD QUE ORIENTEN LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PROMUEVAN ACCIONES DE CUIDADO INTEGRAL EN SALUD MENTAL
2	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS DE MANERA INDIVIDUAL, BAJO LA RESOLUCION 1499 DEL MISNISTERIO DE SALUD.
3	GENERAR UN PLAN TERAPÉUTICO CLARO Y FLEXIBLE, QUE SE AJUSTA AL PROGRESO DEL USUARIO Y FAVORECE SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.
4	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
5	SE APLICAN INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE, CUESTIONARIOS Y GUÍAS DE OBSERVACIÓN RECOMENDADAS
6	E BRINDA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL USUARIO.
7	IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS TRAUMÁTICOS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, Y DIFICULTADES EN LAS RELACIONES EN EL CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL, AMBIENTAL
8	ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y /O CONVOCATORIAS.

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° 9494660712	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	FAMISANAR	2025/11/12	\$ 237.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/12	\$ 304.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	\$ 46.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 587.800
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 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 período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 INGRI YULIANA MURCIA CUBIDES PS_6268_2025_DBF0A0 _____ INGRI YULIANA MURCIA CUBIDES CC: 1001047491		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_6268_2025_DBF0A0 _____ BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1001047491		MURCIA CUBIDES INGRI YULIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 75 B 16 H 71 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118946420	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1923231502	9494660712	I	2025/11/25	2025/11/12	SCOTIABANK COLPATRIA	0	\$587,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,899,984	\$304,000			\$1,899,984	\$237,500			\$0	\$0			\$1,899,984	\$46,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,899,984	\$304,000			\$1,899,984	\$237,500			\$0	\$0			\$1,899,984	\$46,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,899,984	\$304,000			\$1,899,984	\$237,500			\$0	\$0			\$1,899,984	\$46,300		\$0	\$0	
1	CC	1001047491	MURCIA INGRI	230201	30	\$1,899,984	\$304,000	EPS017	30	\$1,899,984	\$237,500	0		\$0	\$0	14-7	30	\$1,899,984	\$46,300	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,899,984	\$304,000			\$1,899,984	\$237,500			\$0	\$0			\$1,899,984	\$46,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001047491		MURCIA CUBIDES INGRI YULIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 75 B 16 H 71 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118946420	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1923231502		9494660712	I	2025/11/25	2025/11/12	SCOTIABANK COLPATRIA	\$587,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$304,000	\$0	\$0	\$304,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$304,000	\$0	\$0	\$304,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$46,300	\$0	\$0	\$46,300	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$46,300	\$0	\$0	\$46,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$237,500	\$0	\$0	\$237,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$237,500	\$0	\$0	\$237,500	
TOTAL				1	\$587,800	\$0	\$0	\$587,800	