

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SORAYD CATALINA PINZON VACA			CC:	1000117393
CORREO ELECTRÓNICO:	soraydcatalinapinzonvaca@gmail.com			TELÉFONO:	3232027258
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 79C 86C 16 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24105393797
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5303 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.142.896	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 SORAYD CATALINA PINZON VACA PS_5303_2025_91F1CC NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SORAYD CATALINA PINZON VACA CC: 1000117393 CEL: 3232027258					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SORAYD CATALINA PINZON VACA

CON C.C N°1.000.117.393

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 5303 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$7.194.624	No. HORAS EJECUTADAS	61
----------------------------	-------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$21.583.872	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$1.142.896
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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	APLICACIÓN DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA, DE ACUERDO A INDICACIONES IMPARTIDAS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E; ESTE PROCESO INCLUYE LA EXPLORACIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL PLAN DE ACCIÓN DEL TRATAMIENTO, PERMITIENDO DISEÑAR UN PERFIL DE CAPACIDADES AFECTADAS PARA ESTABLECER LA LÍNEA BASE QUE AYUDARÁ A COMPARAR LA EVOLUCIÓN Y ÉXITO DE LA PRUEBA. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTÍFICO, ÉTICO 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 PROCURARÁN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE. DILIGENCIAR Y REGISTRAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y/O LEGIBLE, LOS FORMATOS Y DEMÁS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 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. REALIZAR SEGUIMIENTO DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS O PENDIENTES PARA APLICACIÓN DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA. SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91545237	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2025/11/19	\$ 290.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/19	\$ 371.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/19	\$ 56.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 718.700
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	 SORAYD CATALINA PINZON VACA PS_5303_2025_91F1CC SORAYD CATALINA PINZON VACA CC: 1000117393		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_5303_2025_91F1CC GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO		