

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CINDY LORENA VILLEGAS PRADO			CC:	1030560078
CORREO ELECTRÓNICO:	LORENAVILLEGASP70@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3186226559
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 87 D 42 74 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Helm Bank)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	719049339
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3961 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.749.960	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 CINDY LORENA VILLEGAS PRADO PS_3961_2026_3FE3BB NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CINDY LORENA VILLEGAS PRADO CC: 1030560078 CEL: 3186226559					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CINDY LORENA VILLEGAS PRADO

CON C.C N° 1.030.560.078

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3961 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/04
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.433.296	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.449.615	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:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	1. SE PARTICIPA EN LA REALIZACION DE LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).
2	2. SE PARTICIPA EN CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS, COMITÉS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS DEFINIDAS POR LA SUBRED, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES.
3	3. SE APOYAR TÉCNICA Y OPERATIVAMENTE LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS CUANDO SEA REQUERIDO POR LA COORDINACIÓN O SUPERVISIÓN, SIN QUE ELLO GENERE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO ADICIONAL DISTINTO AL PACTADO EN EL CONTRATO.
4	4. SE VERIFICA QUE LOS USUARIOS A INTERVENIR SE ENCUENTREN CARACTERIZADOS EN EL APLICATIVO GTAPS Y REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MODALIDAD EXTRAMURAL, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES DE LOS EBS
5	5. SE EJECUTAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE PSICOLOGÍA, DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL, LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES Y LAS DIRECTRICES DE LA SUBRED.
6	6. SE REALIZAN ACCIONES PSICOSOCIALES INDIVIDUALES, CONFORME A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LA POBLACIÓN OBJETO Y LOS RIESGOS EN SALUD MENTAL.
7	7. SE REALIZA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA LOCALIDAD DE SANTA FE A LA POBLACIÓN CON RIESGO EN SALUD MENTAL, PRIORIZANDO LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y EL ABORDAJE OPORTUNO DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL.
8	8. SE DESARROLLAN E IMPLEMENTAN, DE MANERA CONJUNTA CON EL USUARIO, EL PLAN TERAPÉUTICO PSICOLÓGICO ORIENTADO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS, REALIZANDO SEGUIMIENTO A LOS AVANCES Y AJUSTANDO LAS INTERVENCIONES DE ACUERDO CON LA EVOLUCIÓN DEL PROCESO.
9	9. SE IDENTIFICAN EVENTOS TRAUMÁTICOS, DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y PROBLEMÁTICAS EN LAS RELACIONES FAMILIARES, SOCIALES, LABORALES O COMUNITARIAS QUE AFECTEN LA SALUD MENTAL DE LOS USUARIOS.
10	10. SE IDENTIFICAN CASOS DE VIOLENCIA, MALTRATO INFANTIL U OTRAS VULNERACIONES DE DERECHOS Y ACTIVAR LAS RUTAS CORRESPONDIENTES CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
11	11. SE DILIGENCIA Y REMITE, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN CORRESPONDIENTES (SIVIGILA, SIVIM, SISVECOS U OTRAS QUE APLIQUEN), DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (12) HORAS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN, A NECESIDAD ACORDE A LA IDENTIFICACION.
12	12. SE IDENTIFICAN RIESGOS EN SALUD Y/O SOCIALES Y DILIGENCIAR EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN.
13	13. SE IDENTIFICA A LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIO Y REMITIR EL MISMO DÍA DE LA ATENCIÓN, A MÁS TARDAR HASTA LAS 11:59 P. M DEL MISMO DÍA DE LA ATENCIÓN, LA INFORMACIÓN COMPLETA Y VERIFICADA AL EQUIPO CORRESPONDIENTE PARA SU GESTIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL.

14	14. SE PARTICIPA ACTIVAMENTE EN LOS ESPACIOS DE PLANEACIÓN, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL DEFINIDOS POR LA ENTIDAD, EN CALIDAD DE INTEGRANTE DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD.
15	15. SE REGISTRA DE MANERA COMPLETA, VERAZ, CONSISTENTE Y CON CALIDAD DEL DATO TODAS LAS ATENCIONES, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEFINIDOS POR LA ENTIDAD (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL U OTROS), EL MISMO DÍA A MÁS TARDAR HASTA LAS 11:59 P. M. DEL DÍA DE LA CONSULTA O VALORACIÓN.
16	16. SE REGISTRA DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, LA TOTALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS PSICOLÓGICAS, PLANES TERAPÉUTICOS, FORMATOS, CANALIZACIONES, FICHAS DE NOTIFICACIÓN, BASES DE DATOS, INFORMES Y DEMÁS SOPORTES DERIVADOS DE SU GESTIÓN, GARANTIZANDO SU REMISIÓN Y/O REGISTRO.
17	17. SE ENTREGAN EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS LOS INFORMES PERIÓDICOS, BASES DE DATOS Y SOPORTES REQUERIDOS POR LA SUPERVISIÓN, CON CRITERIOS DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD Y CALIDAD.
18	18. SE GARANTIZA EL USO RESPONSABLE, CONFIDENCIAL Y RESERVADO DE LOS ACCESOS A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONALES Y REALIZAR SU ENTREGA AL FINALIZAR EL CONTRATO.
19	19. SE GARANTIZA EL REGISTRO COMPLETO, VERAZ, CONSISTENTE Y CON CRITERIOS DE CALIDAD DEL DATO DE LA INFORMACIÓN DERIVADA DE CADA ATENCIÓN, INTERVENCIÓN O ACTIVIDAD DESARROLLADA EN LOS APLICATIVOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONALES DEFINIDOS POR LA ENTIDAD, EL MISMO DÍA EN QUE SE REALICE LA ATENCIÓN, A MÁS TARDAR HASTA LAS 11:59 P. M
20	21. SE RECIBE, CUSTODIA, UTILIZA Y SE RESPONDER POR EL ADECUADO MANEJO DE LOS INSUMOS Y BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, GARANTIZANDO SU CONSERVACIÓN, USO CONFORME Y DEVOLUCIÓN EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
21	22. SE RESPONDE POR LA PÉRDIDA, DAÑO, NO RESTITUCIÓN O ENTREGA EXTEMPORÁNEA DE LOS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS, RECONOCIENDO SU CARÁCTER DE BIENES PÚBLICOS, Y ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, DISCIPLINARIAS, FISCALES Y LEGALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE.
22	23. SE ELABORA, PRESENTA Y SE RADICA OPORTUNAMENTE LAS CUENTAS DE COBRO, ASÍ COMO SUSCRIBIR Y GESTIONAR EL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
23	24. SE BRINDA APOYO TÉCNICO Y OPERATIVO EN LOS ESPACIOS DE CAPACITACIÓN, COMITÉS Y DEMÁS INSTANCIAS INSTITUCIONALES A LAS QUE SEA CONVOCADO, INCLUYENDO LA PLANEACIÓN, ELABORACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE CAPACITACIONES ACORDES CON EL PERFIL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA CUANDO ASÍ SE REQUIERA.
24	25. SE EJECUTAN TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES DEFINIDOS, EL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN OBLIGATORIA EN LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES
25	27. SE REALIZA ASISTENCIA AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL COMPONENTE DE PSICOLOGÍA DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), DE ACUERDO CON LA SOLICITUD DEL LÍDER, DINAMIZADOR O SUPERVISOR DEL CONTRATO, VERIFICANDO LA CALIDAD DEL REGISTRO, EL CUMPLIMIENTO DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS, LA COHERENCIA DEL ABORDAJE, LA OPORTUNIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO Y LA INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 92812340	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/06/25	\$ 219.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/25	\$ 281.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/25	\$ 42.900
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 544.300
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 período correspondiente		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 CINDY LORENA VILLEGAS PRADO PS_3961_2026_3FE3BB CINDY LORENA VILLEGAS PRADO CC: 1030560078	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_3961_2026_3FE3BB LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	