

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OLGA LIZETH HERRERA SALAMANCA			CC:	1001345024
CORREO ELECTRÓNICO:	lizherrera2000@gmail.com			TELÉFONO:	3156205239
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 42F BIS 81B 26 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	28499906
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3158 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.669.440	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 OLGA LIZETH HERRERA SALAMANCA PS_3158_2026_76FA6C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA LIZETH HERRERA SALAMANCA CC: 1001345024 CEL: 3156205239					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 OLGA LIZETH HERRERA SALAMANCA

CON C.C N° 1.001.345.024

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO ASISTENCIAL PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3158 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/13
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 16.284.672	No. HORAS EJECUTADAS	192
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 24.611.840	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.669.440
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
------------------------	--------------------------------

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	Realicé la valoración psicológica y evaluaciones de salud mental a víctimas de violencia y sus familias, identificando el impacto emocional y psicológico derivado de los hechos vividos. Analicé tanto los efectos inmediatos como las posibles consecuencias a largo plazo en la salud mental de las personas atendidas.
2	Proporcioné primeros auxilios psicológicos e intervenciones en crisis, generando un espacio seguro, de contención y escucha activa para personas en situaciones de alto riesgo o peligro debido a experiencias de violencia.
3	Asistí a jornadas de capacitación, reuniones y mesas técnicas de violencia a las cuales fui convocada. Asimismo, participé en procesos de formación continua, fortaleciendo mis conocimientos sobre el abordaje adecuado de víctimas de violencia y la detección de casos sospechosos de abuso.
4	Generé órdenes de seguimiento y realicé consultas de control, de acuerdo con la disponibilidad del servicio, garantizando la continuidad en la atención psicológica de los usuarios.
5	Diligencé bases de datos con la información correspondiente a los usuarios atendidos, asegurando el registro adecuado, completo y oportuno de cada caso.
6	Participé activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica, realizando la notificación oportuna de los casos de violencia atendidos, conforme a los lineamientos establecidos.
7	Realicé el traslado de usuarios a otras unidades de salud cuando fue necesario, según la complejidad del caso y las necesidades del servicio, garantizando la continuidad de la atención.
8	Verifiqué el cumplimiento de la lista de chequeo al momento del egreso del usuario, gestioné la solicitud de transporte para traslados a instituciones de protección cuando fue requerido y supervisé la entrega de medicamentos y órdenes de seguimiento.
9	Apoyé el servicio de urgencias ante contingencias, brindando atención oportuna en situaciones que requirieran intervención psicológica inmediata.
10	Ejecuté otras actividades afines al cargo que fueron delegadas por el supervisor, contribuyendo al adecuado funcionamiento del servicio.

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° 9507209477	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/30	\$ 226.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/30	\$ 289.600
RIESGOS LABORALES:	AXA COLPATRIA	2026/06/30	\$ 44.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 559.900

- 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	 OLGA LIZETH HERRERA SALAMANCA PS_3158_2026_76FA6C OLGA LIZETH HERRERA SALAMANCA CC: 1001345024
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_3158_2026_76FA6C DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1001345024		HERRERA SALAMANCA OLGA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cti 42 f 10 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3156205239	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	480939421		9507888033	I	2026/07/07	2026/07/15	NEQUI	\$581,400

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)					\$1,867,776	\$298,900			\$1,867,776	\$233,500			\$0	\$0			\$1,867,776	\$45,500		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,867,776	\$298,900			\$1,867,776	\$233,500			\$0	\$0			\$1,867,776	\$45,500		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,867,776	\$298,900			\$1,867,776	\$233,500			\$0	\$0			\$1,867,776	\$45,500		\$0	\$0	
1	CC	1001345024	HERRERA OLGA	230301	30	\$1,867,776	\$298,900	EPS005	30	\$1,867,776	\$233,500	0	\$0	\$0	14-4	30	\$1,867,776	\$45,500	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,867,776	\$298,900			\$1,867,776	\$233,500			\$0	\$0			\$1,867,776	\$45,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001345024		HERRERA SALAMANCA OLGA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 42 f 10 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3156205239	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	480939421	9507888033	I	2026/07/07	2026/07/15	NEQUI	8	\$581,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$298,900	\$1,800	\$0	\$300,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$298,900	\$1,800	\$0	\$300,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$45,500	\$300	\$0	\$45,800	
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	\$45,500	\$300	\$0	\$45,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$233,500	\$1,400	\$0	\$234,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$233,500	\$1,400	\$0	\$234,900	
TOTAL				1	\$577,900	\$3,500	\$0	\$581,400	