CRIB	FORMATO	VERSION: 1
		CODIGO: F-GF-PR-012
CUENTA DE COBRO PERSONA NO OBLIGADA A FACTURAR		FECHA: 26/02/2021

CUENTA DE COBRO EXPEDIDA POR PERSONAS NO OBLIGADAS A FACTURAR
(Soporte de Operación Económica realizada con Persona No Obligada a Facturar)
(Decreto 1950 de 2012, Decreto 522 de 2003, Decreto 1625 de 2016, Decreto 2105 de 2016, Decreto 359 de 2020 y sus adiciones y/o modificaciones)

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ, IDENTIFICADA CON NIT. 891.800.982-3

(Adquirente de los bienes comprados y/o servicios ofrecidos)

CRIB
FECHA DE RADICADO: 10-09-2026
HORA DE RADICADO: 2:11 PM
CODIGO RADICADO: 20268865
NUMERO DE FOLIOS: 10
CD ☐ DVD ☐
QUIEN RECIBE:
QUIEN ENTREGA: Verónica Franco

DEBE A:

Apellidos y Nombres Completos: Verónica Patricia Franco Gámez

Identificación: 1.101.695.604 **Expedida en:** Socorro, Santander **Teléfono de Contacto:** 3213974832

Dirección: Cra 11 No 19-57 **Correo Electrónico:** vfrancogamez@gmail.com

Mes de Prestación del Servicio: del 1 al 31 de agosto de 2026. **RUT No** 1101695604

Por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO NEUROPSICOLOGA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ.

Contrato No: 065 **Informe de Actividades del Mes de:** agosto **Folios del Informe:** ***04***

Planilla de Seguridad Social Número: 9510675085 **Mes de:** Agosto **Fecha de pago** 02/09/2026
Valor (En Pesos): $ 15.876.000 Valor Cuenta de Cobro (En Letras): Quince millones, ochocientos setenta y seis mil pesos M/L

Pago en Banco: Davivienda **Cuenta: AHO (X) CTE ( ) No** 488420269919

Como trabajador independiente por medio del presente documento y bajo la gravedad de juramento certifico para efectos legales que acredito el cumplimiento de las siguientes condiciones para efectos de poder aplicar los procedimientos y tarifas de retención en la fuente, especialmente lo dispuesto en el Estatuto Tributario, la Ley 1943 de 2018, la Ley 2010 de 2019, el Decreto 522 de 2003, el Decreto 1950 de 2012, el Decreto 2460 de 2013, el Decreto Único Reglamentario No 1625 de 2016, el Decreto 359 de 2020, y demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes:

1. Manifiesto que me comprometo a allegar ante la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, con ocasión de la primera prestación de servicios de cada año gravable copia del documento en que consta mi inscripción en el RUT, cuando de conformidad con lo previsto en el Decreto 2460 de 2013.
2. Certifico y manifiesto bajo la gravedad del juramento como trabajador independienta, que cuando en el curso del año gravable deje de cumplir alguna de las condiciones previstas en el Estatuto Tributario informaré por escrito y de manera inmediata a la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá y anexaré copia del documento en que conste la actualización en el RUT con el fin de que sean tenidos en cuenta para efectos del siguiente pago o abono en cuenta.
3. Manifiesto que a la fecha me encuentro a Paz y Salvo con el cumplimiento de mis obligaciones relacionadas con el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, los aportes obligatorios a los fondos de pensiones y los aportes a las administradoras de riesgos laborales (ARL).
4. Manifiesto bajo la gravedad del juramento que me acojo y cumplo con los requisitos establecidos en el artículo 1 del Decreto No 359 de 2020 que establece: (...) "6. Los ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales percibidos por las personas naturales tendrán el siguiente tratamiento: 6.1. A los ingresos provenientes de honorarios percibidos por las naturales cuando hayan contratado o vinculado menos de dos (2) trabajadores o contratistas asociados a la actividad, por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos, les será aplicable lo previsto en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. (...)."SI _x_ NO ___
5. Solicito aplicación del Art. 387 del E.T. "Deducciones que se restarán de la base de retención" de (Marque con una X a los que aplique):
a) Dependientes Económicos (Anexar certificado) ___
b) Pago de Intereses de vivienda (Anexar certificado) ____
c) Pagos por medina Propagada (Anexar certificado) ____. y anexo (_____) folios.
6. De manera expresa autorizo a la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá para que haga uso de mis datos personales, incluidos los sensibles, y de ser necesario, comparta, transmita, entregue, transfiera y/o divulgue estos datos para fines estadísticos, de control, supervisión, en cumplimiento de los términos previstos por la Ley 1581 del 2012.
7. Por el año gravable anterior, conforme lo dispone el inciso 3 del artículo 392 del Estatuto Tributario, soy una persona natural que SI ___ NO _x_ quedó obligada a presentar declaración del impuesto de renta en Colombia.

En constancia de lo anterior, se expide en la ciudad de Tunja (Boyacá), a los 09 días del mes de septiembre de 2026

Firma del Beneficiario del Pago
Identificación: 1.101.695.604
Quien Entrega: Verónica Franco

Firma de Quien Recibe
Identificación:
Fecha de Recibido:

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB	Código: A- GFI-CB-F-05
	GESTIÓN FINANCIERA	Versión: 0
	FORMATO RADICACION DE CUENTAS O FACTURA DE COBRO CONTRATISTAS	Fecha: 18/08/2026

Fecha de Solicitud: 09/ septiembre / 2026

Señor
MARTHA PATRICIA ACERO
SUBGERENTE CIENTIFICA
Ciudad

ASUNTO: RADICACIÓN DE CUENTA DE COBRO 002 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE AGOSTO.

Cordial Saludo,

Por medio del presente, me permito radicar la cuenta de cobro, 002 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios profesionales en neuropsicología No. 065 de fecha 02/07/2026, cuyo objeto es: aplicación, análisis, interpretación de Pruebas de evaluación neuropsicológica en niños, adultos y adultos mayores.

Lo anterior, para efectos del trámite de revisión, aprobación de supervisor y/o apoyo técnico a la supervisión y posterior pago, adjunto a la presente los siguientes soportes requeridos:

1. Cuenta de cobro formalmente diligenciada, por valor de $15.876.000; en 1 folios,

2. Informe de ejecución de actividades del Contrato de prestación de servicios No. 02, correspondiente al período del mes de agosto, junto con los (documentos) identificados cada uno con el número de obligación que soporta; que evidencian el cumplimiento de las actividades previstas en el contrato; En 4 folios.

3. Planilla de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y ARL) Numero 9510675085 correspondiente al periodo Agosto de estar al día en el pago de SSI.

Agradezco la atención prestada y quedo a su disposición para cualquier aclaración o requerimiento adicional.

Atentamente,

VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
CC : 1.101.695.604
Calidad: Contratista
Teléfono de contacto: 3213974832
Correo electrónico: VFRANCOGAMEZ@GMAIL.COM

Anexos: Anexo lo anterior en **2** folios.

E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ

CRIB	FORMATO	VERSION: 6
		CODIGO: F-GF-PR-001
"INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA"		FECHA: 01/03/2021

FECHA	09/Septiembre/2026				
CONTRATISTA:	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ				
NUMERO DE CONTRATO:	065	FECHA INICIO DE CONTRATO	02/Julio/2026	FECHA TERMINACION DE CONTRATO	30/Diciembre/2026
CDP N°	250		RP N°	243	
MES DE ACTIVIDADES REPORTADAS	1 al 31 de agosto de 2026	PAGO N°:	02	Pacientes atendidos y agendados	Evaluación Neuropsicológica Prueba cognitiva (evaluación neuropsicológica de adulto): 9 Prueba cognitiva (evaluación neuropsicológica de adulto mayor): 3 Prueba cognitiva (evaluación neuropsicológica niños y adolescentes): 24 Total evaluación neuropsicológica: 36
VALOR A PAGAR:	$ 15.876.000 PESOS M/CTE				

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN NEUROPSICOLOGIA PARA LA APLICACIÓN, ANALISIS, INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN NIÑOS, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES .

REPORTE DEL CONTRATISTA

	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES EJECUTADAS	EVIDENCIAS (NOMBRE Y UBICACIÓN)
1.	Realizar atención de pacientes previo a la verificación administrativa y al agendamiento de pacientes para la aplicación de evaluación neuropsicológica en niños, adultos y adultos mayores o ancianos, en los servicios ambulatorios, generando el análisis e interpretación de las pruebas.	En el mes de Agosto se realizaron 36 evaluaciones neuropsicológicas descritos así. • Prueba cognitiva (evaluación neuropsicológica de adulto): 9 • Prueba cognitiva (evaluación neuropsicológica de adulto mayor): 3 • Prueba cognitiva (evaluación neuropsicológica niños y adolescentes): 24 Total, evaluación neuropsicológica:36 TOTAL, A PAGAR: $ 15.876.000 PESOS M/CTE	Programa CNT
2.	Realizar atención de pacientes previo a la verificación administrativa y el agendamiento de pacientes para la aplicación de Test Neuropsi, en los servicios ambulatorios, generando los	Para el mes de agosto no se realiza evaluación de componente.	Programa CNT

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.

	resultados de las pruebas.		
3.	Entregar y Anexar a las historias clínicas los soportes: conceptos y formatos requeridos para la aplicación de cada una de las pruebas /o test neuropsicológicos realizados	Se realizó la entrega y anexó a las historias clínicas los soportes: conceptos y formatos requeridos para la aplicación de cada una de las pruebas /o test neuropsicológicos realizados.	Programa CNT
4.	Solo serán reconocidas y canceladas las pruebas aplicadas por la contratista cuyo informe resultado de esta haya sido entregado a la ESE dentro de los 15 días calendario siguientes a la toma de la prueba	Se realiza envío de los informes neuropsicológicos al correo autorizado	Programa CNT
5.	Presentar al comienzo de cada mes la disponibilidad de días y horarios para el desarrollo de las actividades contratadas y No modificar las fechas u horarios sin la previa concertación con el supervisor del contrato	Se entregó disponibilidad de agenda para ejecución de la misma.	Programa CNT
6.	Realizar acompañamiento e implementación de procesos, procedimientos, instructivos y formatos, propios del área.	No se requirió durante el periodo supervisado.	Programa CNT
7.	Diligenciar el formato institucional de registros clínicos de forma completa y atendiendo todos los componentes de esta según la Resolución 1995 de 1999 y demás normas que la modifique, con registro obligatorio del componente mental y psiquiátrico de los pacientes, con registro completo y actualizados de antecedentes de los pacientes	Se diligenció el formato institucional de historia clínica de forma completa y atendiendo todos los componentes de esta según la Resolución 1995 de 1999, dejándola consignada en la historia clínica electrónica institucional (Software CNT).	Programa CNT
8.	Realizar diligenciamiento de formatos Mipres, según aplique de manera correcta y oportuna.	Se realizó el suministro de formatos requeridos para la aplicación de cada una de las pruebas especializadas, los cuales fueron incluidos como parte integral de la aplicación de la prueba.	Programa CNT
9.	Realizar cuando el diligenciamiento de consentimiento y disentimiento informado, y explicar al usuario de manera clara, amplia y suficiente previo a cualquier procedimiento y asegurar firma de este y del profesional.	Se realizó la emisión de recomendaciones e indicaciones especializadas acorde con las necesidades de los pacientes según hallazgos encontrados en las evaluaciones.	Programa CNT
10.	Contar con los instrumentos neuropsicológicos (pruebas, baterías o escalas) originales, validados y/o parametrizados en la realización de las mediciones, que garantice el cumplimiento de la ética y legalidad de la evaluación Neuropsicológica.	Se cumple con lo establecido	Programa CNT
11.	Responsabilizarse de las acciones legales correspondientes con derechos de autor y la utilización idónea de los instrumentos neuropsicológicos:	El contratista se hace responsable de las acciones legales.	Programa CNT

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.

12.	Cumplir las normas de Bioseguridad, uso de elementos de protección personal acorde a los lineamientos vigentes a nivel nacional y las directrices propias de la ESE.	Se cumplió con las normas de Bioseguridad, uso de elementos de protección personal acorde a los lineamientos vigentes a nivel nacional y las directrices propias de la ESE.	Programa CNT
13.	Aplicar los principios y normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina.	Se aplicó los principios y normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina.	Programa CNT
14.	Notificar de manera inmediata los accidentes laborales y en general cumplir de manera estricta con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST institucional.	A la fecha no ha notificado accidentes laborales y SST no ha reportado incumplimiento de sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST institucional	Programa CNT
15.	Cumplir con el sistema y normatividad ambiental.	Se cumplió con el sistema y normatividad ambiental. Cumplió con el sistema obligatorio de garantía de la calidad	Programa CNT
16.	Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.	Se cumplió con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.	Programa CNT
17.	Adherir su actuar a guías, procedimientos, instructivos y protocolos de manejo institucional.	No se realizó auditoria de adherencia a GPC durante el periodo supervisado.	Programa CNT
18.	Mantener absoluta Confidencialidad y reserva de toda la información relacionada con la entidad procesos de atención, documentos y actividades.	No se han evidenciado fallas en el manejo de la confidencialidad.	Programa CNT
19.	Responder oportunamente las Glosas y solicitudes de aclaración respecto a la facturación que genere la prestación de su servicio.	Para el mes de agosto no se reportan glosas	Programa CNT
20.	Emitir los conceptos y recomendaciones requeridas por las autoridades administrativas y judiciales, relacionadas con el servicio y especialidad.	Se realiza de ser requerido	Programa CNT
21.	Participar en la revisión, evaluación. actualización y complementación de los protocolos, guías de manejo y procedimientos, en que se requiera	Se realiza de ser requerido	Programa CNT
22.	Participar activamente en los comités institucionales, a los que sea invitado, realizando los informes pertinentes.	Se realiza de ser requerido	Programa CNT
23.	Usar adecuadamente las instalaciones y los bienes de la EMPRESA, avizorando que cualquier daño que cause deberá ser indemnizado por el contratista, de acuerdo con lo consignado en el artículo 2347 del Código Civil.	No se han evidenciado fallas en el uso de las instalaciones de la empresa por parte del contratista.	Programa CNT
24.	En caso de ausencia, incapacidad o permiso el contratista deberá informar oportunamente al supervisor del contrato a fin de evitar la afectación del servicio.	No se presentó ausencia, incapacidad o permiso del contratista en el periodo supervisado.	Programa CNT

Centro de Rehabilitacion Boyaca E.S.E.

25.	Participar activamente en la realización y asistencia de las capacitaciones y actividades de educación programadas e informadas por el supervisor del contrato. Lo anterior en cumplimiento del articulo 1° de la Ley 1164 de 2007 y el art. 20 de la Ley 1616 de 2013.	Se realiza de ser requerido	Programa CNT
26.	Las demás que se hagan necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	A la fecha no se ha requerido por parte del supervisor	Programa CNT

Firma: _____
Nombre: VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
Fecha: 09/09/2026
CONTRATISTA

Centro de Rehabilitacion Integral de Boyaca E.S.E.

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB	Código: M-GSH-F-49
	GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Versión: 0 Fecha: 16/05/2025
	FORMATO OFERTA DE DISPONIBILIDAD AGENDA ESPECIALISTAS	Página 1 de 1

PROGRAMACIÓN DE AGENDA

NOMBRE: VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ

ESPECIALIDAD : NEUROPSICOLOGÍA

CORREO : _____ **TELEFONO :** _____

MES: AGOSTO **AÑO:** 2026

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
SEMANA 1	DIA:	DIA:	DIA:	DIA:	DIA:	DIA: 1	DIA: 2
PRUEBAS							
SEMANA 2	DIA: 3	DIA: 4	DIA: 5	DIA: 6	DIA: 7	DIA: 8	DIA: 9
PRUEBAS		3	3	3			
SEMANA 3	DIA: 10	DIA: 11	DIA: 12	DIA: 13	DIA: 14	DIA: 15	DIA: 16
PRUEBAS		3	3	3			
SEMANA 4	DIA: 17	DIA: 18	DIA: 19	DIA: 20	DIA: 21	DIA: 22	DIA: 23
PRUEBAS		3	3	3			
SEMANA 5	DIA: 24	DIA: 25	DIA: 26	DIA: 27	DIA: 28	DIA: 29	DIA: 30
PRUEBAS		3	3	3			
SEMANA 6	DIA: 31						
PRUEBAS							

INSTRUCCIONES: DILIGENCIE EL DÍA SEGÚN CORRESPONDA Y INDIQUE EL HORARIO DE ATENCIÓN DISPONIBLE.

FIRMA

FECHA

HORAS PROYECTADAS 36

CONTRATO: _____

SUPERVISORA DEL CONTRATO : PATRICIA ACERO

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

AGENDA MEDICA

Fecha:21/09/2026 Hora: 2:45 pm

MEDICO: VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ

ESPECIALIDAD: NEUROPSICOLOGIA

Fecha: ***04-agosto-2026***

Tipo Cita : **Normal**

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m.	1097135996	BLANCO CARDENAS KEVIN DAVID	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1	3227966692 3122682598	NO SE REQUIERE
09:30:00a.m.	1069264278	CABRERA CUERVO MAYRA LUCIA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3134066430 (CUIDADORA) * (CUIDADORA)	NO SE REQUIERE
11:30:00a.m.	1056075825	PAIPA LEON JOSE JAVIER	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3150872727	NO SE REQUIERE

Fecha: ***05-agosto-2026***

Tipo Cita : **Normal**

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m.	1075879364	RIOS BAQUERO JHOAN SEBATIAN	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3138829914 3178528513	NO SE REQUIERE
09:30:00a.m.	1057573915	RINCON RODRIGUEZ LEIDY SULAY	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO)	NUEVA EPS	3103258315 - 3213288809	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
11:30:00a.m.	1118548698	MENJURE GONZALES JONATAN	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO)	NUEVA EPS	3112032473 3132448398	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ

Fecha: ***06-agosto-2026***

Tipo Cita : **Normal**

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m.	1007343406	MOJICA CHIA MARISOL	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO)	NUEVA EPS	3125296012 - 3204428275	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
09:30:00a.m.	1050634151	JIMENEZ ALVARADO ANYELA SAMANTA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3177342393 3143218470	NO SE REQUIERE
11:30:00a.m.	1056807660	CORTES RODRIGUEZ DILAN ALEXIS	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3228226409 - 3144447236	NO SE REQUIERE

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

AGENDA MEDICA

Fecha:21/09/2026 Hora: 2:45 pm

MEDICO: VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ

ESPECIALIDAD: NEUROPSICOLOGIA

Fecha: ***11-agosto-2026***

Tipo Cita : **Normal**

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m.	1053513371	LARA BARRERA EVER FARID	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3224829310 - 3208423863	NO SE REQUIERE
09:30:00a.m.	1050630674	RUIZ PEREZ ANY SALOME	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3143352049 3223484405	NO SE REQUIERE
11:30:00a.m.	24112077	PATIÑO AMELIA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO MAYOR)	NUEVA EPS	3113251365 3112325193	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ

Fecha: ***12-agosto-2026***

Tipo Cita : **Normal**

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m.	1050170584	SOSA RAMIREZ LUISA FERNANDA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO)	NUEVA EPS	3125480580 MADRINA	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
09:30:00a.m.	1057584863	CABANA BARRERA NICOLAS SANTIAGO	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO)	NUEVA EPS	3195811958 - 3118807534	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
11:30:00a.m.	1054289534	FONSECA LOPEZ DANNA SARAI	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3185509709 3224829310	NO SE REQUIERE

Fecha: ***13-agosto-2026***

Tipo Cita : **Normal**

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m.	1057413572	VALERO GUAUTA JUAN ORIEL	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3115498573 3214329654	NO SE REQUIERE
09:30:00a.m.	1057612875	CAMARGO GRANADOS ALISSON JUANITA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3108092889 3154725651	NO SE REQUIERE
11:30:00a.m.	1052845417	MOLINA ESTUPIÑAN MARIA JOSE	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3132595215 3112796075	NO SE REQUIERE

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

AGENDA MEDICA

MEDICO: VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ

ESPECIALIDAD: NEUROPSICOLOGIA

Fecha: *18-agosto-2026*

Tipo Cita : Normal

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m	1057614291	CASTIBLANCO BARRERA LIAM ANDRES	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3125561070 - 3133126029	NO SE REQUIERE
09:30:00a.m	52864601	ROJAS PINZON DIANA MARCELA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO)	NUEVA EPS	3203014923 3125065401	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
11:30:00a.m	1052417479	LOPEZ CHACON SAMUEL ALEXANDER	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3204020441 30217432360	NO SE REQUIERE

Fecha: *19-agosto-2026*

Tipo Cita : Normal

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m	1145324620	DIAZ GUARIN SARA VALENTINA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3046145898 - 3106254145	NO SE REQUIERE
09:30:00a.m	1161217149	SAENZ MARTINEZ EMILY SALOME	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3116043819 3212073180	NO SE REQUIERE
11:30:00a.m	1150440607	MALPICA FIGUEROA DANIEL FELIPE	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3147314031 3163743042	NO SE REQUIERE

Fecha: *20-agosto-2026*

Tipo Cita : Normal

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m	40010786	ROSAS BONILLA ANA OTILIA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO MAYOR)	NUEVA EPS	3115018122 3142160733	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
09:30:00a.m	1049606939	MARTINEZ MARTINEZ DAYSI CAROLINA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO)	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1	3107882730 - 3122741378 HERMANA	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
11:30:00a.m	1054709146	VASQUEZ TORRES DANA ISABELLA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3223577766 3227906630	NO SE REQUIERE

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

AGENDA MEDICA

MEDICO: VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ

ESPECIALIDAD: NEUROPSICOLOGIA

Fecha: *25-agosto-2026*

Tipo Cita : Normal

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m	6242502	PAREDES FERNANDEZ SHARON SOFIA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3108612020 MAMA 3123899705 ABUELA	NO SE REQUIERE
09:30:00a.m	9513345	PLATA PLATA ALIRIO	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO MAYOR)	NUEVA EPS	3132651807 3228428169	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
11:30:00a.m	1053617261	RODRIGUEZ VALDERRAMA DAVID FELIPE	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3142189945 3103190398	NO SE REQUIERE

Fecha: *26-agosto-2026*

Tipo Cita : Normal

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m	1055128684	CARDENAS DIAZ LINA SORAIMA	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3204172241 3228429321	NO SE REQUIERE
09:30:00a.m	1018520111	VELANDIA TICORA DAVID JOREL	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3126676954 3132510925	NO SE REQUIERE
11:30:00a.m	1009651	BARAJAS MORENO HUMBERTO	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO)	NUEVA EPS	3118960821 - 3222759514	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ

Fecha: *27-agosto-2026*

Tipo Cita : Normal

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
07:30:00a.m	1050096148	NIÑO PINEDA ALEN JULIAN	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO FOMAG FIDUPREVISORA S.A	3208816358 3103312418	NO SE REQUIERE

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

AGENDA MEDICA

Fecha:21/09/2026 Hora: 2:45 pm

MEDICO: VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ

ESPECIALIDAD: NEUROPSICOLOGIA

Fecha: 27-agosto-2026

Tipo Cita : Normal

Hora	Historia	Nombre	Servicio	Entidad	Teléfono	Ordenó
09:30:00a.m.	24017831	BUITRAGO CASTRO EDNA ROCIO	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACION NEUROPSICOLOGICA DE ADULTO)	NUEVA EPS	3208950603-	VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
11:30:00a.m.	1051955406	JIMENEZ PACHECO JAIVER SANTIAGO	PRUEBA COGNITIVA (EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA DE NIÑO)	NUEVA EPS	3134244144 3143656102	NO SE REQUIERE

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB	**Código: A-GIC-F-01**

Tunja, 16 de Septiembre 2026

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ (E.S.E. CRIB)

HACE CONSTAR QUE:

La Dra. **VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ se** encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de entrega, diligenciamiento y cargue de:

- Informes de pruebas y/o evaluaciones cognitivas de la especialidad de neuropsicología, en cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATO N° 65 DE 2026,** correspondientes al período auditado del mes de Agosto del año 2026.

VERIFICACIÓN DEL ESTADO:

Tras realizar la respectiva auditoría en el Software de Historia Clínica de la entidad, se constata que el 100% de las 36 evaluaciones realizadas durante el período mencionado se encuentran debidamente diligenciadas, firmadas y cargadas en el sistema.

Para constancia de lo anterior, se firma a los 16 días del mes de Septiembre 2026.

Cordialmente,

MARTHA PATRICIA ACERO
Subgerente Científico E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá (CRIB)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1101695604		FRANCO GAMEZ VERONICA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 5 12-32 BARRIO SANTARITA	CHIA-CUNDINAMARCA	3213974832	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	618298466	9510675085	I	2026/09/02	2026/09/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,876,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$6,350,400	$1,016,100			$6,350,400	$793,800			$0	$0			$6,350,400		$66,300		$0	$0		$1,876,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$6,350,400**	**$1,016,100**			**$6,350,400**	**$793,800**			**$0**	**$0**			**$6,350,400**		**$66,300**		**$0**	**$0**		**$1,876,200**
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																					**$6,350,400**	**$1,016,100**			**$6,350,400**	**$793,800**			**$0**	**$0**			**$6,350,400**		**$66,300**		**$0**	**$0**		**$1,876,200**
1	CC	1101695604 FRANCO VERONICA									X									23030 1	30	$6,350,400	$1,016,100	EPS005	30	$6,350,400	$793,800		0	$0	$0	14-23	30	$6,350,400	1.044%	$66,300	0	$0	$0	No	$1,876,200
Total	**Afiliados(1)**																					**$6,350,400**	**$1,016,100**			**$6,350,400**	**$793,800**			**$0**	**$0**			**$6,350,400**		**$66,300**		**$0**	**$0**		**$1,876,200**

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,016,100	$0	$0	$1,016,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,016,100	$0	$0	$1,016,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$66,300	$0	$0	$66,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$66,300	$0	$0	$66,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$793,800	$0	$0	$793,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$793,800	$0	$0	$793,800
TOTAL				1	$1,876,200	$0	$0	$1,876,200

aportes en línea Empresas Independientes Administradoras Datos en línea Medios de pago Centro de ayuda

Presencial
Electrónico

Inicio

Verificar planilla

Verifica la validez de una planilla de aportes a seguridad social

Ingresa la siguiente información

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

Número de documento
1101695604

EPS
SANITAS

Valor aportado a EPS
793800

Clave de pago
9510675085

Periodo de cotización (salud)
2026

Planilla válida

Importante: La información suministrada es correcta y corresponde a un pago registrado en nuestro sistema.

Aceptar

¿Tienes otro tipo de solicitud?

Selecciona la opción que más se ajuste a tu solicitud

- Liquida y paga tu planilla
- Certificado de aportes
- Soporte de pago
- Verificar la validez de una planilla
- Pago electrónico - PSE
- Contribución solidaria
- Declaración de Renta

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB	Código: A- GFI-CB-F-04
	GESTIÓN FINANCIERA	Versión: 0
	FORMATO DEPENDIENTES ECONÓMICOS- CONTRATISTAS Y EMPLEADOS	Fecha: 19/01/2026

Yo Verónica Patricia Franco Gámez identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1101695604 de Socorro, Santander, y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, declaro bajo la gravedad de juramento que los dependientes que tengo a mi cargo son:

1. Hijos menores de 25 años

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
No aplica	No aplica	No aplica

2. Hijos que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal o por la EPS a la cual se encuentra afiliado

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
No aplica	No aplica	No aplica

3. Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT en la vigencia anterior, para lo cual aporto, además registro de civil de matrimonio o la manifestación de la convivencia, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal o por la EPS.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
No aplica	No aplica	No aplica

4. Padres y hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT en la vigencia anterior, para lo cual aporto,

además del registro de civil de nacimiento, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal o la EPS.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
No aplica	No aplica	No aplica

Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge José Fabian Pulido Suarez identificado (a) con la C.C. No. 1.049.640.003 de Tunja, Boyacá no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Manifiesto que (si) o ~~(no)~~ soy responsable de Declaración de Renta en la vigencia anterior,

La presente declaración se firma en Tunja, a los 9 días del mes de Septiembre de 2026, con destino al CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA E.S.E CRIB.

Firma _____

C.C. 1.101.695.604 Socorro, Sder.

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ	CÓDIGO: E-GJC-CO-F- 009
	GESTIÓN DE JURIDICA Y DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 5
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN	FECHA: 03/02/2026

INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO

En mi calidad de supervisora del Contrato de Prestación de Servicios No. 65 de 2026, suscrito entre la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ y VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ , identificado con la cédula de ciudadanía C.C. No 1.101.695.604 de Socorro, suscribo el presente informe que contiene informe presentado por contratista en 7 folios como soporte del presente informe en relación con la ejecución parcial X y/o final ___, en los siguientes términos.

2. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
CONTRATO No.	65 DE 2026			
CDP N°	250 DEL 19 DE JUNIO DE 2026			
REGISTRO N°	243 DEL 23 DE JUNIO DE 2026			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA APLICACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE TEST NEUROPSICOLOGICOS Y PRUEBAS DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN NIÑOS, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES O ANCIANOS USUARIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ			
FECHA DE INICIO CONTRATO	2 DE JULIO DE 2026			
ADICION N°	$ -	**CDP N°**	-	**VALOR:**
		REGISTRO N°	-	**VALOR:**
FECHA DE FINALIZACIÓN CONTRATO	A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO Y HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO EVENTUALIDAD QUE OCURRA PRIMERO			
PERÍODO SUPERVISADO	DEL 1 AL 31 DE AGOSTO DE 2026			
FECHA DE SUSCRIPCION DEL INFORME DE SUPERVISIÓN	14 DE SEPTIEMBRE DE 2026			
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($80.000.000) INCLUIDO IVA, E INCLUIDOS TODO LOS GASTOS ASOCIADOS A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO			

3. CONTROL DE OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO VS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS

No DE ACTIVIDAD	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS
1	Realizar atención de pacientes previo a la verificación administrativa y al agendamiento de pacientes para la aplicación de evaluación neuropsicológica en niños, adultos y adultos mayores o ancianos, en los servicios ambulatorios, generando el análisis e interpretación de las pruebas.	Bajo la supervisión del contrato, la contratista realizó la atención de pacientes previo a la verificación administrativa y el agendamiento para la aplicación de evaluación neuropsicológica en niños, adultos y adultos mayores o ancianos, en los servicios ambulatorios, generando el análisis e interpretaciónlos de las pruebas. En el periodo supervisado, **realizó (36) evaluaciones neuropsicológicas integrales** , que corresponden a la realización de Prueba Adulto Mayor: 3, Prueba Adulto 9: , Prueba Niño 24 y Evaluación de Componente Cognitivo: 0. **Para un total de 36 Evaluaciones,** como soporte presenta anexo, donde se muestran los nombres, documento y el tipo de prueba presentada al paciente.Como soporte de la actividad desarrollada, la contratista presenta un anexo en el que se relacionan los nombres de los pacientes, el número de documento de identificación y el tipo de prueba neuropsicológica aplicada, constituyendo la evidencia de las valoraciones realizadas. Como soporte del cumplimiento de esta actividad, se anexa registros de las atenciones del mes de Julio descargadas del software institucional CNT.
2	Realizar atención de pacientes previo a la verificación administrativa y el agendamiento de pacientes para la aplicación de Test Neuropsi, en los servicios ambulatorios, generando los resultados de las pruebas.	Bajo la supervisión del contrato, la contratista realizó la atención de pacientes previo a la verificación administrativa y el agendamiento para la aplicación de evaluación neuropsicológica en niños, adultos y adultos mayores o ancianos, en los servicios ambulatorios, generando el análisis e interpretaciónlos de las pruebas. En el periodo supervisado, realizó (36) evaluaciones neuropsicológicas integrales , que corresponden a la realización de Prueba Adulto Mayor: 3, Prueba Adulto 9: , Prueba Niño 24 y Evaluación de Componente Cognitivo: 0. Para un total de 36 Evaluaciones, como soporte presenta anexo, donde se muestran los nombres, documento y el tipo de prueba presentada al paciente.Como soporte de la actividad desarrollada, la contratista presenta un anexo en el que se relacionan los nombres de los pacientes, el número de documento de identificación y el tipo de prueba neuropsicológica aplicada, constituyendo la evidencia de las valoraciones realizadas.
3	Entregar y Anexar a las historias clinicas los soportes conceptos y formatos requeridos para la aplicación de cada una de las pruebas /o test neuropsicológicos realizados.	La contratista envía al correo de info@cribsaludmental.gov.co los resultados de las evaluaciones realizadas en los tiempos estipulados y realiza entrega de los mismos en el control programado de cada usuario por consulta externa, Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato.

4	Solo serán reconocidas y canceladas las pruebas aplicadas por la contratista cuyo informe resultado de esta, haya sido entregado a la ESE dentro de los 15 dias calendario siguientes a la toma de la prueba.	La contratista envía al correo de info@cribsaludmental.gov.co los resultados de las evaluaciones realizadas en los tiempos estipulados y realiza entrega de los mismos en el control programado de cada usuario por consulta externa, Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato.
5	Presentar al comienzo de cada mes la disponibilidad de dias y horarios para el desarrollo de las actividades contratadas y No modificar las fechas u horarios sin la previa concertación con el supervisor del contrato.	Bajo la supervisión del contrato, la contratista presentó oportunamente la disponibilidad de su agenda para la ejecución de las actividades programadas, garantizando su desarrollo dentro de los tiempos establecidos.
6	Realizar acompañamiento e implementación de procesos, procedimientos, instructivos y formatos, propios del área.	No se requirió durante el periodo supervisado.
7	Diligenciar el formato institucional de registros clinicos de forma completa y atendiendo todos los componentes de esta según la Resolución 1995 de 1999 y demás normas que la modifique, con registro obligatorio del componente mental y psiquiàtrico de los pacientes, con registro completo y actualizados de antecedentes de los pacientes	La contratista diligenció de manera completa y oportuna el formato institucional de historia clínica, garantizando el cumplimiento de todos los componentes establecidos en la Resolución 1995 de 1999 para el registro de la atención en salud. La información fue consignada en la historia clínica electrónica institucional (Software CNT), asegurando su integridad, trazabilidad, oportunidad y disponibilidad, de conformidad con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente. Los soportes de las consultas se encuentran en el sofware de la entidad. Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisiòn del contrato.
8	Realizar diligenciamiento de formatos Mipres, según aplique de manera correcta y oportuna.	Bajo la supervisión del contrato, la contratista, realizó el suministro de formatos originales requeridos para la aplicación de cada una de las pruebas especializadas, los cuales fueron incluidos como parte integral de la aplicación de la prueba. Como soporte de la actividad desarrollada, la contratista presenta un anexo en el que se relacionan los nombres de los pacientes, el número de documento de identificación y el tipo de prueba neuropsicológica aplicada, constituyendo la evidencia de las valoraciones realizadas.
9	Realizar cuando el diligenciamiento de consentimiento y disentimiento informado, y explicar al usuario de manera clara, amplia y suficiente previo a cualquier procedimiento y asegurar firma de este y del profesional.	Bajo la supervisión del contrato, la contratista realizó la emision de recomendaciones e indicaciones especializadas acorde con las necesidades de los pacientes según hallazgos encontrados en las evaluaciones.Los soportes de las consultas se encuentran en el sofware de la entidad, mediante las historias clinicas.
10	Contar con los instrumentos neuropsicológicos (pruebas, baterias o escalas) originales, validados y/o parametrizados en la realización de las mediciones, que garantice el cumplimiento de la ética y legalidad de la evaluaciòn Neuropsicológica.	La contratista cuenta con instrumentos de evaluación neuropsicológica (pruebas, baterías y escalas) originales, validados y/o estandarizados, utilizados en la realización de las valoraciones neuropsicológicas. Estos instrumentos garantizan la confiabilidad y validez de las mediciones, así como el cumplimiento de los principios éticos, legales y técnicos que rigen la práctica de la evaluación neuropsicológica, de acuerdo con la normatividad vigente y los lineamientos institucionales.Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato
11	Responsabilizarse de las acciones legales correspondientes con derechos de autor y la utilización idónea de los instrumentos neuropsicológicos	La contratista se responsabiliza de las acciones legales correspondientes con derechos de autor y la utilización idónea de los instrumentos neuropsicológicos, Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato
12	Cumplir las normas de Bioseguridad, uso de elementos de protección personal acorde a los lineamientos vigentes a nivel nacional y las directrices propias de la ESE	Cumplió con las normas de Bioseguridad, uso de elementos de protección personal acorde a los lineamientos vigentes a nivel nacional y las directrices propias de la E.S.E. Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato
13	Aplicar los principios y normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina.	En la ejecucion del perido, la contratista aplicó los principios y normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina. Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato
14	Notificar de manera inmediata los accidentes laborales y en general cumplir de manera estricta con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST institucional.	A la fecha no ha notificado accidentes laborales y SST no ha reportado incumplimiento de sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST institucional, estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato
15	Cumplir con el sistema y normatividad ambiental.	la contratista cumplió con el sistema y normatividad ambiental. Cumplió con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato.
16	Cumplir con el sistema obligatorio de garantia de la calidad.	Cumplió con el sistema obligatorio de garantia de la calidad. Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato
17	Adherir su actuar a gulas, procedimientos, instructivos y protocolos de manejo institucional	En el periodo ejecutado no se realizo auditoria de adherencia a GPC durante el periodo supervisado.

18	Mantener absoluta Confidencialidad y reserva de toda la información relacionada con la entidad, procesos de atención, documentos y actividades.	No se han evidenciado fallas por parte de la contratista en el manejo de la confidencialidad.
19	Responder oportunamente las Glosas y solicitudes de aclaración respecto a la facturación que genere la prestación de su servicio.	No se solicito en el periodo de supervisión
20	Emitir los conceptos y recomendaciones requeridas por las autoridades administrativas y judiciales relacionadas con el servicio y especialidad	La especialista en este periodo no emitio conceptos ni recomendaciones pertinentes
21	Participar en la revisión, evaluación actualización y complementación de los protocolos, guías de manejo y procedimientos, en que se requiera. 22. Participar activamente en los comités institucionales, a los que sea invitado, realizando los informes pertinentes.	No se programó para el periodo
22	Participar activamente en los comités institucionales, a los que sea invitado, realizando los informes pertinentes	Para este periodo de ejecucion no fue requerida la participacion de la contratista.
23	Usar adecuadamente las instalaciones y los bienes de la EMPRESA, avizorando que cualquier daño que cause deberá ser indemnizado por el contratista, de acuerdo con lo consignado en el articulo 2347 del Código Civil.	No se han evidenciado fallas en el uso de las instalaciones de la empresa por parte del contratista.Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato
24	En caso de ausencia, incapacidad o permiso el contratista deberá informar oportunamente al supervisor del contrato a fin de evitar la afectación del servicio.	No se presentó ausencia, incapacidad o permiso del cotratista en el periodo supervisado.Estas actividades fueron ejecutadas y verificadas bajo la supervisión del contrato
25	Participar activamente en la realización y asistencia de las capacitaciones y actividades de educación programadas e informadas por el supervisor del contrato. Lo anterior en cumplimiento del articulo 1º de la Ley 1164 de 2007 y el art. 20 de la Ley 1616 de 2013.	En el periodo ejecutado no se requirio la participacion por parte de la contratista
26	Las demás que se hagan necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual	Cumple en los momentos solicitados
27	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho debiendo informar inmediatamente a la E.S.E. contratante a través de la supervisión y a las demás autoridades competentes para que se adopten las medidas y correctivos que fuesen necesarios	Bajo la supervisión del contrato, nno se ha reportado, ni presentando ningún caso.
28	Prestar los servicios teniendo en cuenta las guías de manejo, procedimientos y protocolos razonados en medicina basada en evidencia de La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá - CRIB	Bajo la supervisión del contrato, se evidencia el cumplimiento adecuado de la actividad por parte de la contratista, conforme a las obligaciones contractuales establecidas y a los lineamientos institucionales, contando con los respectivos soportes que acreditan su ejecución.
29	Responder oportunamente las Glosas y solicitudes de aclaración respecto a la facturación que genere la prestación de su servicio.	Durante el periodo supervisado no fue necesario ejecutar esta actividad, por cuanto no se presentó la necesidad de su realización.
30	En caso de ausencia o incapacidad el contratista deberá informar oportunamente al supervisor del contrato a fin de evitar la afectación del servicio.	La especialista notifica con anterioridad cualquier ausencia o incapacidad
31	Participar activamente en la realización y asistencia de las capacitaciones y actividades de educación programadas e informadas por el supervisor del contrato. Lo anterior en cumplimiento	Bajo la supervisión del contrato, se cumple actividade de manera adecuada
32	Participar en la revisión, evaluación, actualización y complementación de los protocolos, guías de manejo y procedimientos, en que se requiera	Bajo la supervisión del contrato, se cumple actividade de manera adecuada
33	Las demás que se hagan necesarias para el cabal cumpliemiento del objeto contractual	Bajo la supervisión del contrato, se cumple actividade de manera adecuada

4. VERIFICACIÓN DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL

VERIFICACIÓN DEL PAGO	RELACIÓN DE DOCUMENTOS SOPORTE Y VERIFICACIÓN EN LAS PLATAFORMAS DE PAGO DE PILA
Todo Contratista debe presentar los certificados de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral	La persona contratista anexó comprobantes de realización de pagos de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, los cuales fueron verificados en la plataforma https://servicio.nuevosoi.com.co/soi/certificadoAportesCotizante.do ; Correspondiente al mes de AGOSTO 2026 , Pensiones: PORVENIR. EPS: SANITAS. ARL: POSITIVA . Se anexa planilla de pago numero 9510675085 con fecha de pago 02/09/2026

5. OBSERVACIONES, RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS DEL SUPERVISOR

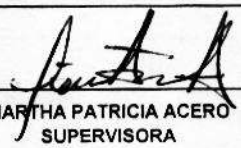
Se evidencia cumplimiento a satisfacción por parte de la persona contratista.

6. CALIFICACIÓN DEL CONTRATISTA (MARQUE CON UNA X CADA PARÁMETRO)				
PARÁMETROS DE	EXCELENTE	BUENO	DEFICIENTE	OBSERVACIONES ADICIONALES
Calidad		x		
Seriedad		x		
Cumplimiento de sus obligaciones		x		

7. CONTROL DE EJECUCIÓN Y BALANCE FINANCIERO		
CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor Inicial del Contrato	$ 80,000,000	
Valores reconocidos del 2 de Julio al 31 de Julio de 2026		$ 3,969,000
Valores reconocidos en el presente informe del 1 de Agosto al 31 de Agosto de 2026		$ 15,876,000
Valores reconocidos acumulados de la ejecución		$ 19,845,000
Valores reconocidos incluyendo el presente pago		$ 19,845,000
Saldo pendiente de ejecución		$ 60,155,000
SUMAS IGUALES	$ 80,000,000	$ 80,000,000

8. CONTROL DE NÚMERO DE PAGOS CONVENIDOS			
NÚMERO DE PAGOS CONVENIDOS:	6	ESTE ES EL PAGO NÚMERO:	2

11. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
25%

12. FIRMA - DATOS COMPLETOS DEL SUPERVISOR O SUPERVISORES DEL CONTRATO

MARTHA PATRICIA ACERO SUPERVISORA

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ	CÓDIGO: E-GJC-CO-F- 32
	GESTIÓN DE JURIDICA Y DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 0
	FORMATO DE ACTA DE LIQUIDACION PARCIAL	FECHA: 03/02/2026

ACTA DE LIQUIDACION PARCIAL No.02			
CONTRATANTE:	**ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ**		
NIT :	**891,800,982-3**		
CONTRATISTA:	**VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ**		
NIT O CEDULA:	C.C. No 1.101.695.604 de Socorro		
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
No. DE CONTRATO:	65 DE 2026		
CDP N°:	250 DEL 19 DE JUNIO DE 2026		
RP N°:	243 DEL 23 DE JUNIO DE 2026		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA APLICACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE TEST NEUROPSICOLOGICOS Y PRUEBAS DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN NIÑOS, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES O ANCIANOS USUARIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ		
VALOR:	OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE **($80.000.000)** INCLUIDO IVA, E INCLUIDOS TODO LOS GASTOS ASOCIADOS A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO		
PLAZO:	A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO Y HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO EVENTUALIDAD QUE OCURRA PRIMERO		
ADICION N°:	**CDP N°**	N/A	**VALOR:**
	RP N°	N/A	**VALOR:**
SUPERVISOR	**MARTHA PATRICIA PARRA**		
APOYO A LA SUPERVISION:	N/A		

A los 05 OCT 2026, se reunieron en la E.S.E. Centro de Rehabilitacion Integral de Boyacá, la Doctora **DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ** como Contratante, Doctora **VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ** , como Contratista, y Dra. MARTHA PATRICIA PARRA, supervisora, quien presenta informe de supervisión y certificacion de ejecucion del mismo, con el fin de efectuar la presente liquidación parcial del contrato de prestación de servicios en referencia.

DESCRIPCION	VALOR CONTRATO Y ADICIONES	TOTAL PAGOS PARCIALES CANCELADOS	VALOR PAGO PRESENTE ACTA	SALDO
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 80,000,000	$ -		
PAGO UNO		$ 3,969,000		**$ 76,031,000.00**
PAGO DOS			$ 15,876,000	**$ 60,155,000.00**
SALDO	**$ 80,000,000.00**	**$ 3,969,000**	**$ 15,876,000**	**$ 60,155,000.00**

SON: QUINCE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE.

DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
Gerente ESE CRIB
Contratante

05 OCT 2026

VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ
C.C. No 1.101.695.604 de Socorro
Contratista

MARTHA PATRICIA PARRA
SUPERVISORA

Retefuente para asalariados- Art. 385 ET

Vista Impresión

Retención aplicable para el año 2026

Procedimiento No. 1

Descargue otras Herramientas

Realice un aporte voluntario

CONSULTOR CONTABLE.COM

Procedimiento No. 1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL BOYACA	
VERONICA PATRICIA FRANCO GAMEZ	
C.C 1.101.695.604	

Mes	Septiembre de 2026

VALOR UVT	
Año 2026	52,374

Visite www.consultorcontable.com y descargue la versión para el año actual

	Conceptos	Datos	Limites	Depuración	
1	**Total pagos laborales en el mes**				
	Sueldo	15,876,000		15,876,000	
	Auxilio de transporte	-		-	
	Comisiones			-	
	Horas extras	-		-	
	Recargos nocturnos y dominicales	-		-	
	Otros auxilios (movilidad, alimentación, etc.)	-		-	
	Bonificaciones	-		-	
	Viáticos	-		-	
	Exceso de las 41 UVT por pagos por concepto de alimentación (art 387-1 ET)	-		-	
	Incapacidades	-		-	
	Licencia de maternidad	-		-	
	Cesantías (no se tienen en cuenta para efectos de la retención en la fuente)				
	Intereses sobre cesantías (no se tienen en cuenta para efectos de la retención en la fuente)				
	Prima el cálculo se realiza de forma independiente.	-		-	
	Vacaciones	-		-	
	Primas extralegales	-		-	
	Otros ingresos laborales- Bonos, cheques electrónicos, pagos indirectos	-		-	
	Total Ingresos mes (No se incluye la prima)	**15,876,000**		**15,876,000**	
2	**Menos ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional**				
	Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET)	1,016,100	Sin límites	1,016,100	
	Fondo de Solidaridad Pensional	-	Sin límites	-	
	Aportes voluntarios a fondos de pensiones obligatorios (Régimen ahorro individual) (Art. 55 ET)	-	25 % del ingreso laboral y hasta 2.500 UVT	-	12
	Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET)	793,800	Sin límites	793,800	
	Total Ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	**1,809,900**		**1,809,900**	
	Subtotal (A)			**14,066,100**	
3	**Menos deducciones**				
	Intereses por prestamos de vivienda (promedio año anterior o los meses correspondientes)	-	100 UVT promedio año anterior	-	
	Pagos por salud prepagada, Plan complementario de salud, o seguros de salud (art 387 ET)- Promedio del año anterior	-	16 UVT	-	
	Seleccione "SI" si tiene derecho a dependientes (Art 387 ET)	NO	Hasta 10% del total de ingresos brutos laborales y hasta 32 UVT	-	
	Total deducciones	-		-	
4	**Menos rentas exentas**				
	Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET)	-	(30%) del ingreso laboral o ingreso tributario del año, y hasta (3.800) UVT por año.	-	12
	Aportes con destino a cuentas AFC, AVC (art 126-4 ET)	-		-	
	Indemnizaciones por accidentes de trabajo o enfermedad (art 206 ET Num 1)	-		-	
	Indemnizaciones proteccion a la maternidad (art 206 ET Num 2)			-	
	Gastos de entierro del trabajador (art 206 ET Num 3)			-	
	Otras rentas exentas (Art. 206 ET)	-		-	
	Total renta exentas	-		-	
	Subtotal (B)			**14,066,100**	
	Valor de la prima de servicios			-	
	Subtotal (B)			**14,066,100**	Digite el valor acumulado de esta renta exenta de meses anteriores de este año. Celda E72
		Control renta exenta			
5	**Menos renta exenta -25% del subtotal (B) (Numeral 10 art. 206 ET)**		790 UVT anual	3,447,955	12
	LIMITE GENERAL DE RENTAS EXENTAS Y DEDUCCIONES 40% DEL INGRESO NETO Y HASTA 1.340 UVT		5.626.440	3,447,955	12
	Base Gravable (Ver Tabla)			**10,618,145**	Descargue la versión para el año actual
	Valor retención en la fuente Art. 383 ET			$ 1,297,000	8.17%
	Valor retención en la fuente a practicar por prima de servicios (art. 383 ET)			$ -	0.00%
	Total retenciones a practicar en el mes (Art. 383 ET)			$ 1,297,000	

ESE CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ
Andrea Carolina Cardozo Lemus
Contador público
T.P 144795-T

2026 10 05 14,420,170.80

FRANCO GAMEZ VERONICA PATRICIA

CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL CIENTO SETENTA PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MCTE **********

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA NIT. 891800982	COMPROBANTE DE EGRESO No. 2,714

Fecha : 05/octubre/2026 **Pagado a :** 1101695604-8 FRANCO GAMEZ VERONICA PATRICIA

La Suma de : CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL CIENTO SETENTA PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MCTE ********** **Valor $** 14,420,170.80

Banco : 002 BANCO DAVIVIENDA
Cuenta : 01 176369999394 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE HONORARIOS MEDICOS
No. 7,465.00 **Fact** 00065 **Valor Bruto $**15,876,000.00 **Valor Neto $** 14,420,170.80

Codigo	Descripcion	Valor
RIM	RETEICA ACT 8621 10*100	158,760.00
RIN	RETENCION FTE INDEPEDIENTES	1,297,069.20

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
824	971	243	250	245020902	Servicios Personales Indirectos	15,876,000.00

Hora: 19:12 Usuario Imprime: BERTHACARO Usuario Responsable: BERTHACARO

ROCIO CARO
Aux Administrativo

ANGELA M GRANADOS R
Sub Gerente Admin y Fin (E)

DIANA C DELGADO J
Gerente

ANGELA M GRANADOS R
Profesional Universitario

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA NIT. 891800982	COMPROBANTE DE EGRESO No. 2,714

Fecha : 05/octubre/2026 **Pagado a :** 1101695604-8 FRANCO GAMEZ VERONICA PATRICIA

La Suma de : CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL CIENTO SETENTA PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MCTE **********

Valor $ 14,420,170.80

Banco : 002 BANCO DAVIVIENDA
Cuenta : 01 176369999394 **Cheque :** PE

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005002	DAVIVIENDA 17636999939-4	0.00	14,420,170.80
249054001	HONORARIOS	14,420,170.80	0.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES APLICACION E INTERPRETACION DE TES NEUROPSICOLOGICO CONTRATO 065 MES DE AGOSTO DE 2026

Hora: 19:12 Usuario Imprime: BERTHACARO Usuario Responsable: BERTHACARO

ROCIO CARO Aux Administrativo	ANGELA M GRANADOS R Sub Gerente Admin y Fin (E)	DIANA C DELGADO J	ANGELA M GRANADOS R Profesional Universitario