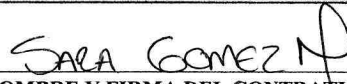
		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b> <b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE</b> <b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>			<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>			
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>								
<b>SARA LILIANA GOMEZ MOLINA</b>								
<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>				1.022.328.335				
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO CLINICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR						
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>			PS 5146 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>		27/03/2025		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		\$ 2.439.730	<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>	CATORCE (14) DIAS				
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		\$ 22.414.330	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>		\$ 5.354.722			
<b>Nº DE INFORME:</b>		3	<b>Nº CRP:</b>	12906	<b>Nº CDP:</b>	1185		
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INC</b>		CUATRO (4) MESES CINCO (5) DIAS						
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05					
<b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>								
<b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>		1	<b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b>	ADICIONES	1	<b>PRORROGAS</b>	1	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		\$ 19.974.600	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	1185	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	12906	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
<b>VALOR ADICIONADO</b>			<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>III. POLIZAS</b>								
<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>		SI		NO	X			
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>			<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>			
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>						
<b>IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)								
<b>ÍTEM</b>								
1	PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED REALIZANDO 20 VISITAS DE LA LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE							
2	SE REALIZO REGISTRO A LOS SEGUIMIENTOS EN EL APLICATIVO EN LINEA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PLANILLA DE FAMILAS CON PLAN CUIDADO FAMILAR							
3	REALIZAR CANALIZACIÓN SEGUN LAS NECESIDADES REQUERIDAS, ENVIARLAS PARA TRAMITE RESPECTIVO							
4	REALIZAR ORIENTACIÓN EN SALUD MENTAL FRENTE AL MANEJO DE DUELO							
5	REALIZAR REPORTE SI SE EVIDENCIA NECESIDAD EN CASOS DE SIVIM Y SISVECOS							
6	DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DINAMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE, TAMIZAJES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRITAL.							
7	ASISTENCIA A REUNION MENSUAL CONVOCADA POR LIDERES OPERATIVOS							
8	ENTREGA DE BASES Y FORMATOS DE ACUERDO A LA META ESTABLECIDA							
9	REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION.							
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA							
<b>V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>								
<b>No. DE PLANILLA:</b>		8386566908	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA				
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>		<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>				
<b>SALUD:</b>		COMPENSAR	13/05/2025	\$	178.000			
<b>PENSIÓN:</b>		COLFONDOS	13/05/2025	\$	227.800			
<b>RIESGOS LABORALES:</b>		BOLIVAR	13/05/2025	\$	34.700			
<b>OTRO</b>		MORA	13/05/2025	\$	1.200			
<b>TOTAL PAGADO</b>				\$	<b>441.700</b>			
<b>VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>								
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 calculó 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.								
<b>VII. ANEXOS</b> (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								
								
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SARA LILIANA GOMEZ MOLINA</b>								
<b>CC: 1.022.328.335</b>								
<b>CEL 3215537462</b>								

SECRETARÍA DE SALUD  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**  
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**  
**Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 6  
FECHA: 2024-09-16

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	SARA LILIANA GOMEZ MOLINA	CC:	1.022.328.335
CORREO ELECTRÓNICO:	s.gomezmolin@gmail.com	RUT (NIT):	1.022.328.335
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 67B 111 23	TELÉFONO:	3215537462
		CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	( X )
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO ( X )
--	--------	----------

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	456200059040
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

Nº DEL CONTRATO:	PS 5146 2025	Nº CDP:	1185	Nº. CRP:	12906	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES CINCO (5) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.414.330

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025	AL 31/05/2025
--------------------------	----------------	---------------

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 5.354.722
	CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTIDÓS PESOS

SARA GOMEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SARA LILIANA GOMEZ MOLINA

CC: 1.022.328.335  
CEL: 3215537462

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA SARA LILIANA GOMEZ MOLINA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.022.328.335

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO CLINICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5146 2025	FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.439.730				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.414.330	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.354.722		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3 de 3	Nº CRP INICIAL:	12906	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1185
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES CINCO (5) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8386566908	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 19.974.600	CDP DE LA ADICIÓN:	1185	RP DE LA ADICIÓN:	12906	TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS (SI APLICA)

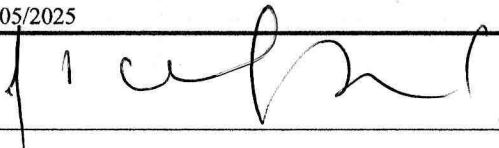

Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA 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 01/05/2025 al 31/05/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELIEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** SARA LILIANA GOMEZ MOLINA  
**No. Identificación:** CC1022328335  
**Dirección:** CLL 67B # 111 - 23  
**Telefono:** 3215537462  
**Correo:** slilianaj@hotmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8386566908

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SARA LILIANA GOMEZ MOLINA
Tipo y número de identificación	CC1022328335
Número de planilla	8386566908
Fecha pago	2025-05-13
Número de autorización pago	29426293
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2025
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	441700
Total Intereses de Mora	1200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34800	1
231001	Colfondos	228400	1
EPS008	Compensar EPS	178500	1

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 1022328335  
 APELLIDOS Y NOMBRES: SARA LILIANA GOMEZ MOLINA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

MAY 13 2025 12:13:05 RBMICT10.5  
CORRESPONSAL  
DYC INTERNET PAPELERI  
CR 111C 68 A 16

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0049747496

TER: EG03Z503

V. ELECTRON

Cc

\*\*9205

RECIBO: 003447

RRN: 006716

RECAUDO

APRO: 351893

SERVICIO: 0000001138

FACTURA: 0000000008386566908

**\*\* PAGO FACTURA \*\***

**TRANSACCION EXITOSA**

**RECAUDO \$ 441.700**

**\*\*\* CLIENTE \*\*\***

**MAYOR INFORMACION EN LA LINEA**

**NACIONAL: 01 8000518877**

