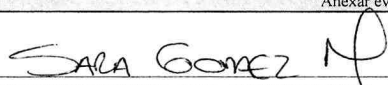
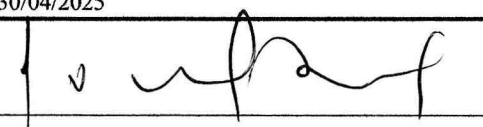
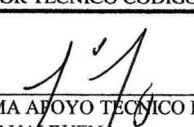


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y SARA LILIANA GOMEZ MOLINA		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.022.328.335
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	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO CATORCE (14) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.414.330	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 39.431
Nº DE INFORME: 2	Nº CRP: 12906	Nº CDP: 862
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INC	CUATRO (4) MESES CINCO (5) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN
VALOR ADICIONADO	\$ 19.974.600	ADICIONES 1
VALOR ADICIONADO		PRORROGAS 1
	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
ÍTEM		
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 EPLICATIVO 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	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	COMPENSAR	VALOR PAGADO
PENSIÓN:	COLFONDOS	
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ -
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 cargo 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 periodo correspondiente		
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SARA LILIANA GOMEZ MOLINA CC: 1.022.328.335 CEL 3215537462		

 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 – GESTION 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			
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 456200059040		
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 01/04/2025 AL 30/04/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 39.431			
	TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN PESOS			
SARA GOMEZ MOLINA				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SARA LILIANA GOMEZ MOLINA				
CC:	1.022.328.335			
CEL:	3215537462			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION				CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
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:		\$ 39.431	
N° PAGO / N° DE INFORME:		2 de 2		N° CRP INICIAL:		12906 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 862	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES CINCO (5) DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:				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							
N° 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)							
N° DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA				ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS							
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>							
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 01/04/2025 al 30/04/2025							
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 TÉCNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR					

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SARA LILIANA GOMEZ MOLINA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1022328335, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Fonede según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20241203	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
JOSE MANUEL GOMEZ RODRIGUEZ	PD	17194209	CC	20241203	No Registrada	Activo
MARTA INES MOLINA RODRIGUEZ	PD	21058011	CC	20241203	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Mayo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 28727382



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909409, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1022328335	SARA LILIANA GOMEZ MOLINA	RIESGO 3	3	2.436%	28/03/2025	31/12/2025	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 12 de Mayo del año 2025.

Firma Representante Legal

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SARA LILIANA GOMEZ MOLINA con identificación No. 1.022.328.335 se encuentra afiliado(a) al Pension Obligatoria desde el día 01 de enero del 2019

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 15 de mayo del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente General y Presidente
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

24/04/2025

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora SARA LILIANA GOMEZ MOLINA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022328335**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550456200059040
Fecha de apertura	21/08/2018

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

