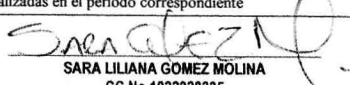
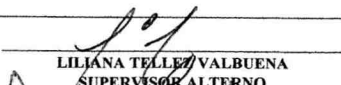
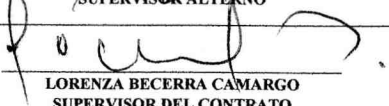


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A- FT-477 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
SARA LILIANA GOMEZ MOLINA					
CON C.C.N°				1.022.328.335	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5729 2025		FECHA INICIO CONTRATO	12/06/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.878.533		No. HORAS EJECUTADAS	110	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.878.533		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.414.552	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIECIOCHO (18) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		
ITE M	II. 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)				
1	SE REALIZO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES EN EL CUAL SE DEJO EVIDENCIADO LAS DIFERENTES VISITAS DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO				
2	SE REALIZARON CARACTERIZACIONES, ACTUALIZACIONES Y SEGUIMIENTOS BRINDANDO PSICOEDUCACION FRENTE AL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PARA LA VIDA, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PAUTAS DE CRIANZA EN EL DOMICILIO DE CADA UNO DE LOS USUARIOS CON LA FINALIDAD DE DAR CONTINUIDAD AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, EFECTUANDO LA DEBIDA ENTREGA DE LOS SOPORTES CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD				
3	SE REALIZAN CARGUES EN EL APLICATIVO GITAPPS DE LA INFORMACION OBTENIDA DE CADA VISITA DOMICILIARIA, SEGUIDO DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR, SESIONES INDIVIDUALES Y GRUPOS DE FAMILIAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN PRO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR.				
4	SE BRINDO APOYO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS PLANES ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD				
5	SE ACTIVA Y NOTIFICA DE MANERA OPORTUNA LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE LAS INTERVENCIONES BRINDADAS A LOS USUARIOS				
6	SE CUMPLIO CON LA PARTICIPACION A LAS DIFERENTES REUNIONES CONVOCADAS POR LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR				
7	SE ASISTE A PREAUDITORIA DE ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MES				
8	SE REALIZA AGENDAMIENTO DE CONSULTAS EN TIEMPO REAL DE ACUERDO A FACTORES DE RIESGO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS EN INTERVENCION				
9					
10					
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
ITE M	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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (12/06/2025) AL (30/06/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR
SALUD:	COMPENSAR				\$ 0
PENSIÓN:	COLFONDOS				\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR				\$ 0
OTRO					\$ -
TOTAL PAGADO					\$ 0
V. 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 calculo 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, 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.					
VI. ANEXOS					
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 SARA LILIANA GOMEZ MOLINA CC No 1022328335		
FIRMA DE QUIEN VALIDA			 LILIANA TELLEZ VALBUENA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	SARA LILIANA GOMEZ MOLINA	CC:	1022328335
CORREO ELECTRÓNICO:	s.gomezmolin@gmail.com	TELÉFONO:	3215537462
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 67B 111 23	CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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

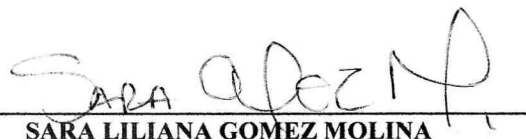
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación 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	N° CUENTA:	456200059040
---------------------------------	------------------	------------------------	---------	-------------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5729 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.414.552
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/06/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	12/06/2025 AL 30/06/2025		


SARA LILIANA GOMEZ MOLINA

C.C 1022328335
Cel: 3215537462



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

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

16/06/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor 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



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 Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250401	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Junio 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 29005027



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 16 de Junio del año 2025.

Firma Representante Legal

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

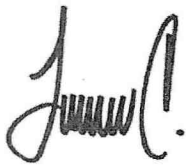
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SARA LILIANA GOMEZ MOLINA, identificado(a) con C.C 1.022.328.335, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 16 de junio de 2025.

El presente certificado emitido 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 Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías