

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APoyo - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
SARA LILIANA GÓMEZ MOLINA			
		CON C.C N°	1.022.328.335
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA 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 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	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.878.533	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.127.120
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		
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)			
ITEM			
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.			
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 (01/07/2025) AL (31/07/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	88144316	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/07/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/07/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	11/07/2025	\$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR + MORA	11/07/2025	\$ 29.600
TOTAL PAGADO			\$ 470.100
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 ibr 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 SARA LILIANA GÓMEZ MOLINA CC No 1022328335		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LILIANA PELLEZ 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: 31/07/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	SARA LILIANA GOMEZ MOLINA		CC: 1022328335
CORREO ELECTRÓNICO:	s.gomezmolin@gmail.com		TELÉFONO: 3215537462
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 67 B 111 23		CIUDAD: Bogota
Manifiesto bajo la gravedad del juramento			
NO tomaré costos y deducciones			(X)
SI tomaré costos y deducciones			()
<p>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 párrafo 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.</p>			
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:	DAVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORRO	Nº CUENTA: 456200059040
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5729 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.127.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/06/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		
			
SARA LILIANA GOMEZ MOLINA C.C 1022328335 Cel: 3215537462			

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022328335	SARA LILIANA GOMEZ MOLINA	Cll 67b # 111 - 23	3215537462	slliliana@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
		I	11/07/2025	88144316
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2025-06	2025-06			

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0	0	0	0	0	3	400	0	178.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	3	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	Nc. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.400
Pensión	1	227.800	228.300
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	1	26.500	26.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	470.100

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1022328335	SARA LILIANA GOMEZ MOLINA	Cll 67b # 111 - 23	3215537482	sliliana@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	88144316	\$470,100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colaborador	Subgerente	Empleador	Comun. Laborador	Empleador	REG	RET	TYPE	FELE	TOP	UPC	USP	VST	SEM	ISE	LVA	VAC	AVP	VCT	REL	CONEXION	Cód. AFP	ISF AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de sublealtencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022328335	GOMEZ MOLINA SARA LILIANA	59	0	N																			231001	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	178,000	14-7	1,423,500	3	34,700	CCF24	1,423,500	28,500	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1619774578

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

10/07/2025

Número de aprobación

00774578

Dirección IP

186.154.159.15

Valor transacción

\$ 470.100,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

1022328335

