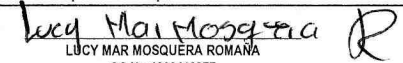
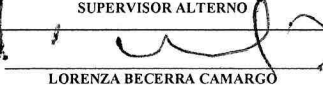
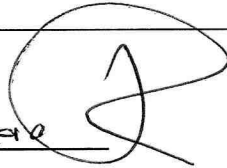


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
LUCY MAR MOSQUERA ROMANA					
		CON C.C.Nº		1.022.410.977	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 6308 2025		FECHA INICIO CONTRATO	15/09/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.751.413		No. HORAS EJECUTADAS	122	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.751.413			VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.736.460
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	QUINCE (15) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
ITEM	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	OBSERVACION 1: PAGO DE HONORARIOS MES DE SEPTIEMBRE \$ 2,198,140 PESOS				
2	REALIZAR IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE RAFAEL URIBE URIBE				
3	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS				
4	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCION DEL CRONOGRAMA DEL MES DE 2025				
5	REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A LAS ACTIVIDADES CITADAS POR AL SDS				
6	SUBIR INFORMACION DE LAS IMPORTACIONES DESARROLLADAS EN EL APLICATIVO, OPORTUNAMENTE.				
7	PARTICIPAR DE REUNION MENSUAL DE LOS EQUIPOS PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.				
8	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORIA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERIODO.				
9	ASISTIR A REUNIONES CITADAS POR EL CONVENIO				
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (15/09/2025) AL (30/09/2025)					
IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR
SALUD:	CAPITAL SALUD				
PENSIÓN:	PORVENIR				
RIESGOS LABORALES:	SURA				
OTRO					\$ -
TOTAL PAGADO					
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 cps, 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		 LUCY MAR MOSQUERA ROMANA CC No 1022410977			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA 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: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUCY MAR MOSQUERA ROMANA			CC:	1022410977
CORREO ELECTRÓNICO:	lucymar.mosquera15@gmail.com			TELÉFONO:	3209624620
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73 C SUR 88 A 35			CIUDAD:	BOGOTÁ
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					
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 BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	157005359
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6308 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.736.460		
FECHA DE INICIO CONTRATO	15/09/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	15/09/2025 AL 30/09/2025				
 LUCY MAR MOSQUERA ROMANA C.C 1022410977 Cel: 3209624620					



EL PROGRAMA DE CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
NIT 900.298.372-9

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LUCY MAR MOSQUERA ROMAÑA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1022410977, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS CAPITAL SALUD EPS-S como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250215	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 9 días del mes de Septiembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN LE INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601)7427257. Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S.

Elaboró: JOHANA PATRICIA CARRERA
29915794

CER-AFI



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUCY MAR MOSQUERA ROMANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.410.977**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 24 de agosto de 2025

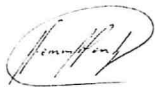
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LUCY MAR MOSQUERA ROMAÑA identificado(a) con C1022410977 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10224109772523683080

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente LUCY MAR MOSQUERA ROMANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,022,410,977 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 157005359 aperturada el 26 de julio de 2024 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 25 de agosto de 2025.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0157005359
Cuenta de 16 dígitos:	0157000200005359
Cuenta de 20 dígitos:	00130157000200005359

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

