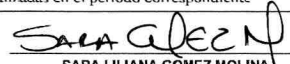
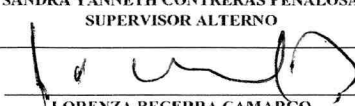
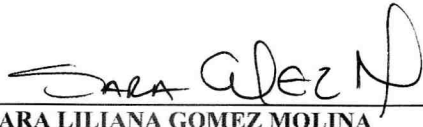
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A- FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
SARA LILIANA GÓMEZ MOLINA			
CON C.C. Nº		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:	\$ 15.132.773	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.127.120
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES 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 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	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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2025) AL (30/09/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	89773620	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	COMPENSAR	11/09/2025	\$ 204.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/09/2025	\$ 261.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	11/09/2025	\$ 39.900
OTRO	CCF COMPENSAR + MORA	11/09/2025	\$ 33.900
TOTAL PAGADO			\$ 540.100
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 ibe 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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rui) 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	 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:	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		()	
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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO N° CUENTA: 456200059040
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° 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:	30/09/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓		
 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	3215537482	sliliana@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89773620	\$540,100

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	204,500	0		0		0	3	400	0	204,900	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
231001	Colfondos	800227940-6	261,800	0	0	0	0	3	500	0	262,300	1

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	39.900				39.900	3	100	40.000			399	40.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32,800	3	100	32,900	1

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	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	204,500	204,900
Pensión	1	261,800	262,300
Riesgos Laborales	1	39,900	40,000
CCF	1	32,800	32,900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	539,000	540,100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022328335	SARA LILIANA GOMEZ MOLINA		Cll 67b # 111 - 23	3215537462	sliliana@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – 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	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES		TOTAL A PAGAR	
2025-08		2025-08	I	11/09/2025	89773620 \$540,100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES			CGF			PARAFISCALES																	
Id.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsido	Exonerado	Cobertura	Exonerado	Exonerado	IBO	RET	TUE	TAE	TUP	TAP	WSP	VST	SGR	UAS	VAC	AVP	VCT	IBL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario e Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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									X									231001	1.636.000	261.600	0	0	0	0	EPS008	1.636.000	204.500	14-7	1.636.000	3	39.900	CCF24	1.636.000	32.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

1768411586

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

10/09/2025

Número de aprobación

00411586

Dirección IP

200.119.35.3

Valor transacción

\$ 540.100,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1**Referencia 2**

CC

Referencia 3

1022328335

