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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ALEXANDER MOLANO GONZALEZ**			**CC:**	**1030532894**
CORREO ELECTRÓNICO:	**aleksander50667@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3202098147**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 81 G BIS 54 C 39**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0135260693**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4635 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 798.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/08/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/04 AL 2026/08/31**				

ALEXANDER MOLANO GONZALEZ
PS_4635_2026_84B6AF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEXANDER MOLANO GONZALEZ
CC: 1030532894
CEL: 3202098147

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 INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ALEXANDER MOLANO GONZALEZ			
	CON C.C N°	**1.030.532.894**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4635 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/08/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.335.040	**No. HORAS EJECUTADAS**	**35**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.335.040	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 798.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y UN (01) DIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1. OBLIGACIÒN: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.1.1 ACTIVIDADES: Desarrollé las actividades propias del perfil de terapias en los hogares y casos asignados, dando cumplimiento a la programación establecida para la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Realicé reconocimiento integral, implementación y seguimiento del Plan de Bienestar, seguimiento remoto y cierre, según la fase en la que se encontraba cada familia.1.2 EVIDENCIAS: Registros de sesiones familiares, Planes de Bienestar, soportes de seguimiento, instrumentos aplicados y registros de las intervenciones en GTAPS
2	2.OBLIGACIÒN: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN.2.1ACTIVIDADES: Realicé apropiación conceptual de los anexos, fichas técnicas y lineamientos vigentes del convenio para el perfil de terapias. Fortalecí la aplicación de la ruta técnica de RBC, los criterios de priorización, los momentos del Plan de Bienestar, el uso de WHODAS, Índice de Barthel y Escala de Zarit, las canalizaciones, el cierre y la articulación interdisciplinaria.2.2 EVIDENCIAS: Soportes de asistencia a reuniones, comités o fortalecimientos técnicos y aplicación de los lineamientos en las intervenciones realizadas
3	3.OBLIGACIÒN: ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN.3.2 ACTIVIDADES: Organicé y mantuve clasificados los archivos físicos y digitales generados durante la ejecución contractual, incluyendo Planes de Bienestar, planillas, instrumentos de valoración, seguimientos, cierres y demás soportes de las intervenciones, así como los elementos o dotación que correspondieron al desarrollo de las actividades.3.3 EVIDENCIAS: Archivo físico y digital organizado, soportes de seguimiento y documentación disponible para entrega al supervisor al finalizar el contrato
4	4. OBLIGACION: REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 ACTIVIDADES: Realicé oportunamente el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y demás aportes que correspondieron, de acuerdo con la normatividad vigente. 4.2 EVIDENCIAS: Certificados de afiliación a salud, pensión y riesgos profesionales.
5	5.OBLIGACIÒN: DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 ACTIVIDADES: Desarrollé el Plan de Bienestar para las familias priorizadas con personas con discapacidad o limitación funcional, de acuerdo con las claridades técnicas, operativas y metodológicas de RBC. En el reconocimiento integral identifiqué necesidades, capacidades, riesgos, barreras y apoyos; apliqué los instrumentos definidos según correspondió; concerté objetivos y acciones con la familia; implementé orientaciones sobre hábitos, rutinas, movilidad, comunicación, participación, autocuidado, ajustes razonables, redes de apoyo y ayudas técnicas de baja complejidad; realicé seguimiento remoto a avances y dificultades; y efectué el cierre valorando resultados y continuidad del cuidado.5.2 EVIDENCIAS: Plan de Bienestar concertado, registros de sesiones, instrumentos de valoración, soportes de orientación y activación de rutas, seguimiento remoto y registro de cierre con recomendaciones

6	6. OBLIGACIÒN: REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTIÓN FINAL DEL CASO.6.1 ACTIVIDADES: Diligencié la planilla de las familias con las que se inició el Plan de Bienestar y, cuando se presentó rechazo a la intervención, registré el disentimiento correspondiente. Verifiqué además el archivo plano de ruteo, actualicé la trazabilidad y registré la gestión final de los casos asignados.6.2 EVIDENCIAS: Planillas de familias, formatos de disentimiento cuando aplicó, bases o archivos de ruteo actualizados y soportes de gestión final de los casos.
7	7.OBLIGACIÒN: REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLIQUE. 7.1 ACTIVIDADES: Apliqué los tamizajes e instrumentos requeridos por el perfil y las fichas técnicas, según las características de cada usuario y familia. Para RBC realicé principalmente WHODAS para valorar funcionamiento, participación y barreras; Índice de Barthel para identificar el nivel de independencia en actividades básicas de la vida diaria; Escala de Zarit para valorar sobrecarga de la persona cuidadora; y APGAR Familiar cuando correspondió. En los cierres que aplicaron, repetí los instrumentos definidos para valorar cambios y resultados del proceso.7.2 EVIDENCIAS: WHODAS, Índice de Barthel, Escala de Zarit, APGAR Familiar y demás instrumentos aplicados según pertinencia, con sus registros correspondientes en los soportes definidos y GTAPS.
8	8. OBLIGACIÒN: REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS.8.1 ACTIVIDADES: Realicé canalizaciones y seguimiento de acuerdo con las necesidades y riesgos identificados en las familias. Gestioné o articulé respuestas en salud, apoyo psicosocial, certificación y registro de discapacidad, educación, inclusión, redes comunitarias y demás ofertas sectoriales e intersectoriales requeridas; cuando se identificó sobrecarga de la persona cuidadora, articulé la continuidad con MAS Bienestar para la Persona Cuidadora. 8.2 EVIDENCIAS: Registros de canalización, remisiones, gestiones intersectoriales, seguimientos y soportes de articulación con los perfiles o servicios requeridos.
9	9. OBLIGACIÒN: REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 ACTIVIDADES: Gestioné o articulé el agendamiento oportuno a la unidad resolutiva o servicio de salud correspondiente cuando se identificó una necesidad que requería atención complementaria, de acuerdo con los lineamientos técnicos y los canales definidos para cada caso.9.2 EVIDENCIAS: Soportes de citas gestionadas, registros de articulación con gestor en línea o servicio correspondiente y trazabilidad de la gestión, cuando aplicó.
10	10. OBLIGACIÒN: REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 ACTIVIDADES: Identifiqué durante los abordajes familiares la presencia de eventos o alertas de interés en salud pública y realicé la notificación o activación de la ruta correspondiente cuando fue necesario, dejando registro de las acciones efectuadas y las orientaciones brindadas a la familia. 10.2 EVIDENCIAS: Formatos o registros de notificación, activaciones de ruta y soportes de seguimiento de las alertas identificadas, cuando aplicó.
11	11. OBLIGACIÒN: REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS.11.2 ACTIVIDADES: Registré con calidad y oportunidad en el aplicativo GTAPS la información de las familias abordadas, incluyendo identificación de riesgos, Plan de Bienestar, sesiones desarrolladas, instrumentos aplicados, canalizaciones, seguimientos, derivaciones y cierre, manteniendo la trazabilidad de cada caso conforme a los lineamientos técnicos. 11.3 EVIDENCIAS: Registros en GTAPS, reportes del sistema y soportes de cargue de las intervenciones realizadas
12	12. OBLIGACIÒN: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 12.1 ACTIVIDADES: Apoyé las actividades relacionadas con el mejoramiento continuo de la calidad, manteniendo los registros completos, oportunos, coherentes y trazables. Participé en reuniones, comités y espacios de fortalecimiento orientados al cumplimiento de estándares de habilitación, acreditación y calidad institucional.12.2 EVIDENCIAS: Actas de reuniones, listados de asistencia, soportes de fortalecimiento y registros ajustados conforme a criterios de calidad.
13	13. OBLIGACIÒN: CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 ACTIVIDADES: Cumplí las actividades y productos programados y asignados desde el perfil de terapias, de acuerdo con las horas contratadas y los lineamientos técnicos. Verifiqué la integridad, oportunidad, consistencia y exactitud de la información registrada en los formatos, bases y aplicativo GTAPS. 13.2 EVIDENCIAS: Bases y registros actualizados, reportes en GTAPS, soportes de actividades ejecutadas y productos entregados conforme a la programación.
14	14. OBLIGACIÒN: REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 ACTIVIDADES: Revisé y respondí por la calidad de los formatos de captura, documentos, bases e informes generados como resultado de las intervenciones. Verifiqué que Planes de Bienestar, planillas, instrumentos, seguimientos, cierres y registros en GTAPS fueran completos, coherentes y concordantes con las actividades desarrolladas.14.2 EVIDENCIAS: Formatos revisados, bases actualizadas, registros en GTAPS y soportes documentales validados.
15	15. OBLIGACIÒN: REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA.15.1 ACTIVIDADES: Realicé el cargue y entrega de la cuenta de cobro dentro de los tiempos establecidos por la Subred, verificando la completitud y calidad de los soportes requeridos para el periodo 15.2 EVIDENCIAS: Cuenta de cobro y soportes de radicación o cargue en el sistema definido por la Subred.
	16. OBLIGACIÒN: DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1 ACTIVIDADES: Di cumplimiento a la política de protección y tratamiento de datos personales y a las disposiciones de seguridad de la información durante la gestión de las bases, documentos, registros de usuarios y soportes de las intervenciones, garantizando confidencialidad y manejo seguro de la

16	información.16.2 EVIDENCIAS: Manejo seguro de bases de datos y documentos, registros con acceso controlado y aplicación de protocolos de confidencialidad.
17	17. OBLIGACIÒN: REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES 17.1 ACTIVIDADES: Mantuve vigilancia durante las intervenciones frente a situaciones de trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual, violencia y discriminación contra las mujeres. Cuando se identificó una alerta, estuve en disposición de realizar la notificación y activar la ruta correspondiente conforme a los lineamientos establecidos.17.2 EVIDENCIAS: Registros de orientación, notificación o activación de ruta cuando aplicó; en ausencia de eventos, soporte de la atención realizada
18	18. OBLIGACIÒN: APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO.18.1 ACTIVIDADES: Apliqué medidas de prevención y sensibilización frente al hostigamiento sexual, la violencia y la discriminación contra las mujeres en el desarrollo de las actividades, promoviendo trato digno, enfoque de derechos, respeto, inclusión y reconocimiento de rutas de atención y denuncia.18.2 EVIDENCIAS: Registros de educación y orientación brindada en los Planes de Bienestar, soportes de sensibilización y activaciones de ruta cuando aplicó.
19	19. OBLIGACIÒN: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1 ACTIVIDADES: Cumplí las responsabilidades técnicas y operativas del perfil de terapias definidas en el anexo técnico y la Ficha Técnica de Planes de Bienestar. Desarrollé la secuencia de RBC según la situación de cada familia: realicé hasta tres sesiones presenciales de terapia y un seguimiento remoto, conforme a la fase y necesidad del caso; articulé acciones con el agente de cambio y, en familias con sobrecarga de la persona cuidadora, gestioné la continuidad con psicología y auxiliar de cuidado. Realicé seguimiento técnico a las actividades desarrolladas por el auxiliar de cuidado, participé en espacios de articulación interdisciplinaria, validé los logros del proceso en la sesión integral y, cuando correspondió, apoyé acciones grupales para personas cuidadoras orientadas a autocuidado, manejo de la carga, redes de apoyo y adaptaciones requeridas.19.2 EVIDENCIAS: Registros de sesiones RBC, seguimiento remoto, Planes de Bienestar, actas o soportes de articulación interdisciplinaria, seguimiento a auxiliar de cuidado, instrumentos de cierre, registros en GTAPS y soportes de actividades grupales cuando aplicó.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 (2026-08-04) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		$ 0
PENSIÓN:	COLFONDOS		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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.

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*ALEXANDER MOLANO GONZALEZ* *PS_4635_2026_84B6AF* **ALEXANDER MOLANO GONZALEZ** **CC: 1030532894**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4635_2026_84B6AF* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_4635_2026_84B6AF* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**