	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
LAURA BERNAL MARQUEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.020.819.975			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 CONVENIO MAS BIENESTAR					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5414 2024		FECHA INICIO CONTRATO		28/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.358.363	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.358.363			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 7.018.772
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:		44872	Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio Mas bienestar equipos basicos extramurales conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos procesos transversales.
2	Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Proceso.
3	Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.
4	Cumplir con Los estándares de consulta según la resolución 3280-2018 propuestas desde el perfil de medicina dando cumplimiento a las necesidades de consulta avaladas y autorizadas por parte de las EAPB, diligenciando correctamente los códigos CIE-10 según impresión diagnóstica, teniendo en cuenta que TODOS los productos son sujetos de auditoria. Debe cumplir con 1. Anamnsesis, 2. Revisión de sistemas, 3. Antecedentes y evaluación de riesgos, 4. Examen fisico (Escalas, tamizajes e instrumentos según consulta y resolución 3280-2018), 5. Análisis y hallazgos, 6. Diagnóstico, 7. Plan de tratamiento o manejo.
5	Diligenciar y enviar fichas de notificación de SIVIGILA (Eventos de interés en salud pública), SIVIM (Eventos de violencia identificados) o SISVECOS (Ideación e intentos de suicidio) de a cuerdo al riesgo identificado, con calidad y veracidad del dato, dentro de las primeras 24 horas de la intervención, teniendo en cuenta que TODOS los productos sujetos de auditoría. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
6	

7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477279407 - 9477594542	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	14/11/2024 - 21/11/2024	$ 46.900
PENSIÓN:	PORVENIR	14/11/2024 - 21/11/2024	$ 60.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	14/11/2024 - 21/11/2024	$ 9.300
OTRO	N/A	N/A	$ -
TOTAL PAGADO			$ 116.200

VI. 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 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 periodo correspondiente

Laura Bernal

LAURA BERNAL MARQUEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.020.819.975
CEL: 3142052491

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LAURA BERNAL MARQUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.020.819.975

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5414 2024		FECHA INICIO CONTRATO		28/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.358.363				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.358.363		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 7.018.772
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	N° CRP INICIAL:	44872	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477279407 - 9477594542		OPERADOR:		APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

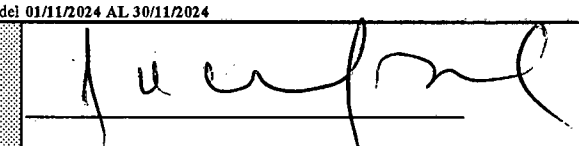
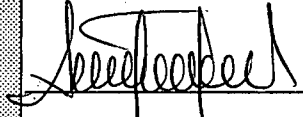
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		

IV. 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 **01/11/2024 AL 30/11/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**  **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **SANTIAGO SERRANO ROJAS** **PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**

	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: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA BERNAL MARQUEZ	CC:	1.020.819.975
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	BERNALLAU96@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3142052491
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25 40 54	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024

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.

Regimen 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:	BBVA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0036349603

NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 5414 2024	Nº CDP:	3662	Nº RP:	44872	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/11/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES : $ 9.358.363
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 7.018.772					
	SIETE MILLONES DIECIOCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE					

Laura Bernal

NOMBRE: LAURA BERNAL MARQUEZ
CC 1.020.819.975
CEL 3142052491

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020819975		BERNAL MARQUEZ LAURA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 25 # 40-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3687737	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1048753636	9477279407	1	2024/11/20	2024/11/14	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$40,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$130,000	$20,800			$130,000	$16,300			$0	$0			$130,000	$3,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$130,000	$20,800			$130,000	$16,300			$0	$0			$130,000	$3,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$130,000	$20,800			$130,000	$16,300			$0	$0			$130,000	$3,200		$0	$0
1	CC	1020819975 BERNAL LAURA	230301	3	$130,000	$20,800	EPS005	3	$130,000	$16,300		0	$0	$0	14-23	3	$130,000	$3,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$130,000	$20,800			$130,000	$16,300			$0	$0			$130,000	$3,200		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020819975		BERNAL MARQUEZ LAURA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 25 # 40-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3687737	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1048753636	9477279407	I	2024/11/20	2024/11/14	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$40,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,800	$0	$0	$20,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$20,800	$0	$0	$20,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,200	$0	$0	$3,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$3,200	$0	$0	$3,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,300	$0	$0	$16,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$16,300	$0	$0	$16,300
TOTAL				1	$40,300	$0	$0	$40,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2024/11/14 08:52 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020819975		BERNAL MARQUEZ LAURA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 25 # 40-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3687737	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1065191412	9477594542	N	2024/11/20	2024/11/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	1	$75,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$244,334	$39,100			$244,334	$30,500			$0	$0			$244,334	$6,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$244,334	$39,100			$244,334	$30,500			$0	$0			$244,334	$6,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$244,334	$39,100			$244,334	$30,500			$0	$0			$244,334	$6,000		$0	$0
1	CC	1020819975	BERNAL LAURA	230301	3	($130,000)	($20,800)	EPS005	3	($130,000)	($16,300)		0	$0	$0	14-23	3	($130,000)	($3,200)	0	$0	$0
2	CC	1020819975	BERNAL LAURA	230301	3	$374,334	$59,900	EPS005	3	$374,334	$46,800		0	$0	$0	14-23	3	$374,334	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$244,334	$39,100			$244,334	$30,500			$0	$0			$244,334	$6,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020819975		BERNAL MARQUEZ LAURA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 25 # 40-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3687737	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1065191412	9477594542	N	2024/11/20	2024/11/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	1	$75,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,100	$100	$0	$39,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$39,100	$100	$0	$39,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,000	$100	$0	$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,000	$100	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,500	$100	$0	$30,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$30,500	$100	$0	$30,600
TOTAL				1	$75,600	$300	$0	$75,900

PSE Transacción Aprobada - CUS 1048753636

Recibidos

serviciopse 14 de nov.

para mí



¡Hola, LAURA BERNAL MARQUEZ!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1048753636
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477279407
Valor de la Transacción: $ 40.300
Fecha de Transacción: 14/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

pse

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

PSE Transacción Aprobada - CUS 1065191412

Recibidos

serviciopse 20 de nov.

para mí



¡Hola, LAURA BERNAL MARQUEZ!

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

pse