| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>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:** | **$** | 935.836 |
| **Nº DE INFORME:** | 1 | **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 OBRERÓ | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | N/A | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **(NUMERO)** | **PRORROGAS** | **(NUMERO)** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3662 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 44872 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

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

| **ITEM** | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales, suscrito entre el FDS y la Subred. |
| 2 | Apoyar la prestación de servicios en el del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. |
| 3 | Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el FDS y la Subred. |
| 4 | Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el FDS y la Subred. |
| 5 | Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |

| | |
|---|---|
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N/A | OPERADOR: | N/A |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO: | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | N/A | $ - |
| PENSIÓN: | PORVENIR | N/A | $ - |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | N/A | $ - |
| OTRO: | N/A | N/A | $ - |
| | TOTAL PAGADO | | $ 0 |

**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 causados 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 zeeop 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>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 |

**NÚMERO 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:<br>UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO: | 28/10/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/11/2024 | | VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES :<br>$ 9.358.363 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 28/10/2024 AL 31/10/2024 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) | $ 935.836 | | | | | |
| | NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE | | | | | |

Laura Bernal

NOMBRE: LAURA BERNAL MARQUEZ
CC 1.020.819.975
CEL 3142052491

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>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 |
| NUMERO 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: | | $ 935.836 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME | 1 | Nº CRP INICIAL: | 44872 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 3662 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | N/A | | OPERADOR: | | N/A |
| 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**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIÓN: | Nº ( ) | 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 | |
| Nº 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 28/10/2024 AL 31/10/2024

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Laura Bernal Marquez, identificado(a) con CC número 1020819975, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1020819975 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Laura Bernal Marquez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 22/10/1996 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 03/12/2009 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 456 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 43 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 29/11/2021 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

N.I.T. 830507718 CLINICA MEDICAL SAS Desde 01/08/2024 - Vigente N.I.T. 900315760 SU ALIADO TEMPORAL S A Desde 22/08/2024 Hasta 30/09/2024N.I.T. 900099007 SU SERVICIO TEMPORAL Desde 22/08/2024 Hasta 26/08/2024N.I.T. 900267502 AGM SALUD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO Desde 04/07/2024 Hasta 31/07/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1020819975 LAURA BERNAL MARQUEZ Desde 01/02/2023 Hasta 31/07/2024

Generado por interfaces

14/11/2024

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

porvenir
sólo hay uno

**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:

**LAURA BERNAL MARQUEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.020.819.975**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LAURA BERNAL MARQUEZ** identificado con **CC** No. **1020819975**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051 | **Fecha de inicio de cobertura:** 24/10/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 23/10/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 3 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401021313932.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NRS_4_1_1_FR15 v_07