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 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

KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.043.026.879				
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 5252 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**24/10/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.358.363	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.501.539		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.105.632
N° DE INFORME:	6	**N° CRP:**	44773	**N° CDP:**	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	3	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	3	**PRORROGAS**	3	
VALOR ADICIONADO	$ 2.105.632	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4053	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49698	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.018.772	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4120	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50820	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.018.772	**CDP DE LA ADICIÓN:**	46	**CRP DE LA ADICIÓN:**	7783	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° 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 (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	REALIZAR ACTIVIDADES DE GRUPOS DE FAMILIA EN LOCALIDADES SANTA FE
2	REALIZAR RUTEO PREVIO AGENDAMIENTO CON USUARIOS CAPITAL SALUD
3	VALORAR Y ENTREVISTAR PACIENTES CAPITAL SALUD POR MEDIO DE PERFIL PROFESIONAL COMO MÉDICO SIGUIENDO LOS ESTATUTOS DE CALIDAD
4	REALIZAR EVOLUCIONES EN DINÁMICA GERENCIAL DE PACIENTES VISTOS EN TERRITORIO SIGUIENDO PROTOCOLOS DE CALIDAD
5	REALIZAR CONTROL MÉDICO DE PACIENTES CRÓNICOS EN CUANTO A FORMULACIÓN E INDICACIÓN DE LABORATORIOS
6	VALORAR Y ENTREVISTAR POR CONTINGENCIA A LA COMUNIDAD EMBERA EN LOS DIFERENTES ALBERGUES
7	CARGAR CADA PACIENTE VISTO Y CONSENTIDO EN APLICATIVO
8	EVOLUCIONAR PACIENTES INDICADOS POR BASE DE DATOS EN TIEMPO CORTO ESTIPULADO
9	REALIZAR ACTAS DE ACTIVIDADES DE GRUPOS DE FAMILIA EN DONDE SE INDIQUEN TEMAS ABORDADOS, HORAS, Y DESCRIPCIÓN DE CADA FRUPO DE FAMILIA Y CONFORMACIÓN.
10	LLENAR FORMULARIO DE BASE FACTURACIÓN DESPUÉS DE CADA CONSULTA DOMICILIARIA PARA SU DEBIDO CARGUE EN DINÁMICA GERENCIAL

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7957180137		**OPERADOR:**	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	NUEVA EPS		11/02/2025	$	351.300
PENSIÓN:	PORVENIR		11/02/2025	$	449.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		11/02/2025	$	68.500
OTRO					
TOTAL PAGADO				**$ 869.400**	

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

KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.043.026.879
CEL: 3023563797

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 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: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS**	**CC:**	1.043.026.879
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	karylcabarcas13@gmail.com	**TELÉFONO:**	3023563797
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 23 5 70	**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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**12000037859**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5252 2024**	**N° CDP:**	**4053**	**N°CRP:**	**44773**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO		**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		9/02/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :** **$** 25.501.539
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.105.632					
	DOS MILLONES CIENTO CINCO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE					

NOMBRE: KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS
CC 1.043.026.879
CEL 3023563797

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 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	KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.043.026.879

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 5252 2024			FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.358.363				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.501.539			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.105.632
N° PAGO / N° DE INFORME:	6	N° CRP INICIAL:		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7957180137		OPERADOR:	SOI	
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° (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	$ 2.105.632	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49698	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.018.772	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50820	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.018.772	CDP DE LA	46	RP DE LA	7783	TIEMPO	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

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

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 01/02/2025 AL 09/02/2025

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: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1043026879
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 23#5-74	TELÉFONO:	3023563
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA :	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTA CIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7957180137	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/02/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1259036433

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA		VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 449.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.600	$ 0		$ 449.600
SUBTOTALES:										$ 449.600	$ 0		$ 449.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 351.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 351.300	$ 0	$ 0	$ 351.300
SUBTOTALES:													$ 351.300	$ 0	$ 0	$ 351.300

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 68.500	$ 68.500	$ 0	$ 0		$ 68.500
SUBTOTALES:									$ 68.500	$ 0	$ 0		$ 68.500

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETENCIÓN TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1043026879	LOPEZ CABARCAS KARYL KARYME	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.230.000				NO								01-30										230301 - PORVENIR	30	$ 2.810.000	$ 449.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 449.600	EPS037 - NUEVA EPS	30	$ 2.810.000	$ 351.300	$ 0	$ 351.300	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.810.000	$ 104302687	$ 68.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 869.400

Planilla Pagada

Gmail Karyl Lopez Cabarcas <karylcabarcas13@gmail.com>

Alertas y Notificaciones

alertasynotificaciones@bancolombia.com.co
<alertasynotificaciones@bancolombia.com.co>
Para: karylcabarcas13@gmail.com

11 de febrero de 2025, 11:16 a.m.

Servicio de Alertas y Notificaciones Bancolombia.



Notificación
Transaccional

Bancolombia: Pagaste $869,400.00 a SOI ACH desde tu producto *7859 el 11/02/2025 11:16:49. ¿Dudas? Llamanos al 6045109095 o 018000931987. Estamos cerca.



¿Tienes claros tus gastos por pagos vs tus ingresos? **Visualiza esto y más en Día a Día en App Bancolombia.**

 **QUIERO USAR DÍA A DÍA**

 **QUIERO SABER MÁS**

Esta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje.



Aquí algunos consejos y recomendaciones para que protejas tus datos:

- **Nunca entregues tu información personal o financiera** por llamadas o correos. Ingresa siempre a la Sucursal Virtual digitando la dirección en el navegador, no por enlaces en páginas web, correos electrónicos o buscadores.