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

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 4665 2025		FECHA INICIO CONTRATO		10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.037.360	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.037.360		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.920.705
N° DE INFORME:	1	N° CRP:	10724	N° CDP:	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES		PRORROGAS		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

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

IV. 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)

ITEM	
1	REALIZAR ACTIVIDADES DE GRUPOS DE FAMILIA EN LOCALIDADES DE SANTA FE
2	REALIZAR RUTEO PREVIO AGENDAMIENTO CON USUARIOS CAPITAL SALUD
3	VALORAR Y ENTREVISTAR PACIENTES CAPITAL SALUD POR MEDIO DE PERFIL PROFESIONAL COMO MEDICO SIGUIENDO LOS ESTATUTOS DE CALIDAD
4	REALIZAR EVOLUCIONES EN DINAMICA GERENCIAL DE PACIENTES VISTOS EN TERRITORIO SIGUIENDO PROTOCOLOS DE CALIDAD
5	REALIZAR CONTROL MEDICO DE PACIENTES CRONICOS EN CUANTO A FORMULACION E INDICACION DE LABORATORIOS
6	VALORAR Y ENTREVISTAR POR CONTINGENCIA A LA COMUNIDAD EMBERA EN LOS DIFERENTES ALBERGUES
7	ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS
8	SUBIR A DINAMICA DIARIAMENTE LOS USUARIOS VISTOS EN JORNADAS MEDIANTE PROGRAMA DE RUTEO
9	CARGAR PACIENTES EN EL APLICATIVO PARA CONTROLES Y SEGUIMIENTOS
10	REGISTRAR FORMULAIO DE BASE DE FACTURACION DESPUES DE CONSULTA DOMICILIARIA PARA POSTERIOR CARGUE EN DINAMICA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9481941192	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	21/02/2025	$ 355.000
PENSIÓN:	PORVENIR	21/02/2025	$ 454.300
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	21/02/2025	$ 69.200
OTRO	MORA	21/02/2025	$ 2.000
TOTAL PAGADO			$ 880.500

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

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:	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 4665 2025	Nº CDP:	504	N°CRP:	10724	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES : $ 14.037.360
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN	$ 4.920.705					
	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS CINCO PESOS M/CTE					

Laura Bernal

NOMBRE: LAURA BERNAL MARQUEZ
CC 1.020.819.975
CEL 3142052491

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	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 4665 2025		FECHA INICIO CONTRATO		10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.037.360				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.037.360		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.920.705
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	N° CRP INICIAL:	10724	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	504
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9481941192		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:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):					
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	

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 10/02/2025 AL 28/02/2025

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

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
2025-01	2025-01	1282741877	9481941192	I	2025/02/18	2025/02/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	3	$880,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$454,300	$1,000	$0	$455,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$454,300	$1,000	$0	$455,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$69,200	$200	$0	$69,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$69,200	$200	$0	$69,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$355,000	$800	$0	$355,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$355,000	$800	$0	$355,800
TOTAL				1	$878,500	$2,000	$0	$880,500

2025/02/21 09:51 AM

en línea

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
2025-01	2025-01	1282741877	9481941192	I	2025/02/18	2025/02/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	3	$880,500

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)					$2,839,341	$454,300			$2,839,341	$355,000			$0	$0			$2,839,341	$69,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,839,341	$454,300			$2,839,341	$355,000			$0	$0			$2,839,341	$69,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,839,341	$454,300			$2,839,341	$355,000			$0	$0			$2,839,341	$69,200		$0	$0
1	CC	1020819975	BERNAL LAURA	230301	30	$2,839,341	$454,300	EPS005	30	$2,839,341	$355,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,839,341	$69,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,839,341	$454,300			$2,839,341	$355,000			$0	$0			$2,839,341	$69,200		$0	$0

Listo

Finalizaste tu pago

BBVA

Pago exitoso

$880.500,00

21 feb, 2025--9:46:37 AM

Producto o servicio	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9481941192 APORTES EN LINEA
Pagaste con	Cuenta de Ahorros *9603
Código de confirmación (CUS)	1282741877
IP	0.0.0.0

Volver al comercio

Imprimir comprobante