| | | |
|---|---|---|
| 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**<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 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:** | $ 40.853.565 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 6.339.858 |
| **Nº DE INFORME:** | 3 | **Nº CRP:** | 10724 | **Nº CDP:** | 504 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 1 | **PRORROGAS** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 26.816.205 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1185 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | 3 MESES Y 21 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **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:** | | | |

| ÍTEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 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:** | 9484550581 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | SANITAS | 10/04/2025 | $ 521.500 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 10/04/2025 | $ 667.600 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | 10/04/2025 | $ 101.700 |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 1.290.800** |

**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 calculó 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 afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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 Márquez

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 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<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: 30/04/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | LAURA BERNAL MARQUEZ | **CC:** | 1.020.819.975 |
| | | **RUT (NIT):** | 1.020.819.975 |
| **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.

| | | |
|---|---|---|
| **Régimen 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:** | BANCO BBVA | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **N° CUENTA:** | 36349603 |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 4665 2025 | **N° CDP:** | 504 | **N°. CRP:** | 10724 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: | CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 10/02/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/07/2025 | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 40.853.565 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | | | DEL | 01/04/2025 | AL | 30/04/2025 | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 6.339.858 | | | | | | |
| | SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS | | | | | | |

Laura Bernal Márquez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 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**<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 | | | | |
| **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:** | $ 40.853.565 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.339.858 | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 3 de 3 | **N° CRP INICIAL:** | 10724 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 504 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9484550581 | | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICIÓN (1) | PRÓRROGA (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 26.816.205 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1185 | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | 3 MESES Y 21 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | |
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA 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 01/04/2025 al 30/04/2025

| | |
|---|---|
| **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>LILIANA TELLEZ VALBUENA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR |

aportes en línea

# Planilla Resumen

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 |
| 2025-03 | 2025-03 | 1401481581 | 9484550581 | I | 2025/04/16 | 2025/04/10 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 0 | $1,290,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | fge | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,172,000 | $667,600 | | | $4,172,000 | $521,500 | | | $0 | $0 | | | $4,172,000 | | $101,700 | | $0 | $0 | | $1,290,800 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,172,000 | $667,600 | | | $4,172,000 | $521,500 | | | $0 | $0 | | | $4,172,000 | | $101,700 | | $0 | $0 | | $1,290,800 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,172,000 | $667,600 | | | $4,172,000 | $521,500 | | | $0 | $0 | | | $4,172,000 | | $101,700 | | $0 | $0 | | $1,290,800 |
| 1 | CC | 1020819975 | BERNAL LAURA | | | | | | | | X | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $4,172,000 | $667,600 | EPS005 | 30 | $4,172,000 | $521,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $4,172,000 | 2.436% | $101,700 | 0 | $0 | $0 | No | $1,290,800 |
| Total | | Afiliados( 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,172,000 | $667,600 | | | $4,172,000 | $521,500 | | | $0 | $0 | | | $4,172,000 | | $101,700 | | $0 | $0 | | $1,290,800 |


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 |
| 2025-03 | 2025-03 | 1401481581 | 9484550581 | I | 2025/04/16 | 2025/04/10 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 0 | $1,290,800 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $667,600 | $0 | $0 | $667,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $667,600 | $0 | $0 | $667,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $101,700 | $0 | $0 | $101,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $101,700 | $0 | $0 | $101,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $521,500 | $0 | $0 | $521,500 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $521,500 | $0 | $0 | $521,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $1,290,800 | $0 | $0 | $1,290,800 |

# PSE Transacción Aprobada - CUS 1401481581

Recibidos

Resume este correo electrónico

serviciopse 10 de abr.

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 Transaccion: Aprobada
CUS: 1401481581
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave 9464550581
Valor de la Transacción: $ 1.290.800
Fecha de Transacción: 10/04/2025

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.