SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LAURA BERNAL MARQUEZ

CON C. C. Nº	1.029.819.975
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA 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	**No. HORAS EJECUTADAS**	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40.853.565	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.374.939,0
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:	CINCO (5) MESES Y VEINTIÚN (21) DÍAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)
1	OBSERVACIÓN 1. VALOR INDEXACIÓN $ 367.170 PESOS
2	OBSERVACIÓN 2. VALOR DE LOS HONORARIOS $7.007.769 PESOS
3	REALIZAR ACTIVIDADES DE GRUPO DE FAMILIA EN LA LOCALIDAD DE SANTA FE
4	REALIZAR RUTEO PREVIO AGENDAMIENTO CON USUARIOS CAPITAL SALUD
5	VALORAR Y ENTREVISTAR PACIENTES CAPITAL SALUD POR MEDIO DE PERFIL PROFESIONAL COMO MEDICO
6	REALIZAR EVOLUCIONES MEDICAS EN DINAMICA GERENCIAL DE PACIENTES VISTOS EN TERRITORIO
7	ASISITENCIA REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADA POR LIDEDR OPERATIVO
8	SUBIR DIARIAMENTE A LOS USUARIOS VALORADOS EN JORNADAS
9	CARGAR PACIENTES EN EL APLICATIVO PARA CONTROLES Y SEGUIMIENTO
10	REGISTRAR FORMULARIO DE BASE DE FACTURACION DESPUES DE CONSULTA DOMICILIARIA POSTERIORMENTE SUBIR EN DINAMICA

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 articulo 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9487523432	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	17/06/2025	$ 480.000
PENSIÓN:	PORVENIR	17/06/2025	$ 614.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/06/2025	$ 93.600
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 1.188.000

V. 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.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Laura Bernal Marquez **LAURA BERNAL MARQUEZ** **CC No 1020819975**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**LILIANA TELLEZ VALBUENA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LORENZA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA BERNAL MARQUEZ	**1029819975**	1020819975
CORREO ELECTRÓNICO:	bernallau96@gmail.com	**TELÉFONO:**	3142052491
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 39D 5A 52	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
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	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	36349603

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 4665 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 7.374.939**
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

Laura Bernal Marquez .

LAURA BERNAL MARQUEZ
C.C. 1020819975
Cel: 3142052491

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
2025-05	2025-05	1560181944	9487523432	I	2025/06/18	2025/06/17	NEQUI	0	$1,188,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	1020819975	BERNAL LAURA									X									230301	30	EPS005	30		0	14-23	30	2.436%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																													

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
2025-05	2025-05	1560181944	9487523432	I	2025/06/18	2025/06/17	NEQUI	0	$1,188,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$614,400	$0	$0	$614,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$614,400	$0	$0	$614,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$93,600	$0	$0	$93,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$93,600	$0	$0	$93,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$480,000	$0	$0	$480,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$480,000	$0	$0	$480,000
TOTAL				1	$1,188,000	$0	$0	$1,188,000

2:18 4G

¡Hola, LAURA BERNAL MARQUEZ!

Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 1.188.000
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave. 9487523432
Fecha de la transacción: 17/06/2025
CUS: 1560181944
Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach colombia

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

Responder Reenviar