

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ			CC:	1018428412
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURAMURCIA0289@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3005230912
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40F SUR 74D-16			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007500961557
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2119 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.956.940	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ PS_2119_2025_4D2DDD NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ CC: 1018428412 CEL: 3005230912					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ

CON C.C N°1.018.428.412

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2119 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$23.827.760	No. HORAS EJECUTADAS	220
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$66.147.262	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$5.956.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA

ITEM	II. 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)
1	1. Obligación 1: Generar los reportes establecidos por ministerio de salud, resolución 202 del 2021 que corresponde a las actividades relacionadas con las intervenciones individuales de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal. 1.1 actividades desarrolladas: realizar la consolidación de las fuentes de información para el cargue de reporte de resolución 202 1.2 productos: envió de las bases con la información depurada a los correos de los técnicos y referentes de procesos a quien corresponda
2	Obligación 2:cumplir con el requerimiento de cuenta de alto costo para las resolución 1393 del 2015 artritis reumatoide, cáncer 247 del 2014, hemofilia 123 del 2015, huérfanas 1392 del 2010, enfermedades degenerativas, esclerosis múltiple y enfermedad de gauchear, en las fechas establecidas y bajo los parámetros de los lineamientos técnicos, con calidad y veracidad con previa validación de la información en realización a los soportes clínicos como son historia clínica, laboratorios y ayudas diagnosticas con los que cuenta la subred integrada de servicios de salud centro oriente. 2.1 actividades desarrolladas: consolidación y verificación de la información de cada uno de los usuarios de las diferentes EPS según requerimiento de cada una de las resoluciones 2.2 productos: envió de lo reportes de cuenta de alto costo a las EPS según cada una de las resoluciones.
3	Obligación 3: Dar respuesta a los procesos de auditoría y el seguimiento de los planes de mejora que se deriven de esta para mejorar la calidad de la información. 3.1 actividades desarrolladas: no aplica para este mes 3.2 productos: no aplica para este mes
4	Obligación 4: Realizar los análisis de la información en salud de acuerdo a las directrices de la entidad y las necesidades de la dirección de la gestión del riesgo en salud. 4.1 actividades desarrolladas. Verificación de la información de cargue a resoluciones de Cuenta de alto costo, de Resolución 202 y tamización de cohorte de cáncer 4.2 productos: envió de la información verificada vía correo electrónico como suministro de fuentes de información
5	Obligación 5: Informar y generar las alertas del riesgo y planes de mejora a los que haya lugar para garantizar la calidad y oportunidad del dato posteriormente realizar la retroalimentación a cada involucrados. 5.1 actividades desarrolladas: no aplica para este mes 5.2 productos: no aplica para este mes
6	Obligación 6: realizar la medición, análisis y entrega de los indicadores asignados y aquellos que sean requeridos por la dirección de gestión integral del riesgo en salud, realizando el monitoreo de los mismos en cada una de las unidades de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E 6.1 actividades desarrolladas: apoyo en la consolidación y verificación de fuentes de información cohorte cáncer y de salud oral para la medición de indicadores 6.2 productos: envió de fuentes de información vía correo electrónico a quien corresponde
7	Obligación 7: Informes en cumplimiento de protocolos con la calidad y oportunidad requerida por la normatividad vigente. 7.1 actividades desarrolladas: realización de reportes bajo la normatividad vigente cumplimiento los estándares de calidad y veracidad. 7.2 productos: envió de reportes en fechas establecidas a las diferentes EPS
8	Obligación 8: Garantizar la disponibilidad de información oficial de los indicadores de la entidad en lo relacionado a la atención integral en salud en tableros de control y otros instrumentos requeridos, cumpliendo con la calidad y periodicidad requerida. 8.1 actividades desarrolladas: no aplica para este mes 8.2 productos: no aplica para este mes
9	Obligación 9: Participar en la construcción de indicadores institucionales, seguimiento y reporte oportuno de los mismos, revisando el cumplimiento de los criterios de calidad requeridos en toda la información entregada, a aseguradoras, entidades de control y otras solicitadas por la entidad. 9.1 actividades desarrolladas: consolidación y verificación de fuentes de información cohorte cáncer, salud oral y Resolución 202 para la medición de indicadores 9.2 productos: envió de fuentes de información vía correo electrónico a quien corresponde
10	Obligación 10: realizar la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes la actividad deberá ser realizada de manera mensual. 10.1 actividades desarrolladas: se realiza archivo de cada una de las temáticas de manera ordenado y con las medidas necesarias de custodia 10.2 productos: carpeta que denomina LAURA MURCIA GIRS en el computador de la oficina de la Dirección De Gestión del Riesgo

11	Obligación 11: radicar en gestión documental los soportes obtenidos durante la ejecución del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retención documental, al finalizar la ejecución del contrato no se deberá contar con archivo pendiente para almacenamiento. 11.1 actividades desarrolladas: no aplica para este mes 11.2 productos: no aplica para este mes		
12	Obligación 12: Las demás que la supervisión considere necesaria en mejora de los productos y solicitudes que se modifiquen o actualicen. 12.1 actividades desarrolladas: mesas de trabajo con el área de TICS y Cuentas Medicas para la reorganización de validación y verificación de factura contrato PYD capital salud 12.2 productos: actas de mesa de trabajo		
III. 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 90798420	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/18	\$ 350.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/18	\$ 448.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/18	\$ 68.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 866.300
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 ningún 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 período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ PS_2119_2025_4D2DDD LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ CC: 1018428412	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		ANA MARGARET RABA SIERRA PS_2119_2025_4D2DDD ANA MARGARET RABA SIERRA SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1018428412	LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ		CLL 40F # 74 D -16 SUR AP 403 INT 1	3005230912	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	90798420	\$929.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	350.000	0		0		0	12	2.700	0	352.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	448.000	0	0	0	0	12	3.400	0	451.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	68.300				68.300	12	600	68.900			683	68.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	56.000	12	500	56.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	350.000	352.700
Pensión	1	448.000	451.400
Riesgos Laborales	1	68.300	68.900
CCF	1	56.000	56.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	922.300	929.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018428412	LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ		CLL 40F # 74 D -16 SUR AP 403 INT 1	3005230912	lalitam02@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	90798420	10
					TOTAL A PAGAR
					\$929.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1018428412	MURCIA HERNANDEZ LAURA MARCELA	59	0		N																		231001	2.800.000	448.000	0	0		0	0	EPS008	2.800.000	350.000	14-7	2.800.000	3	68.300	CCF24	2.800.000	56.000	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, Laura Marcela Murcia Hernandez !

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 929.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 15/11/2025

CUS: 1931739218

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018428412	LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ		CLL 40F # 74 D -16 SUR AP 403 INT 1	3005230912	Lauramurcia0289@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92496390	\$922.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	350.000	0		0		0	0	0	0	350.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	448.000	0	0	0	0	0	0		448.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	68.300				68.300	0	0	68.300			683	68.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	56.000	0	0	56.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	350.000	350.000
Pensión	1	448.000	448.000
Riesgos Laborales	1	68.300	68.300
CCF	1	56.000	56.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	922.300	922.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018428412	LAURA MARCELA MURCIA HERNANDEZ		CLL 40F # 74 D -16 SUR AP 403 INT 1	3005230912	Lauramurcia0289@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92496390	10
					TOTAL A PAGAR
					\$922.300

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsido	Extranjero	Códm. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018428412	MURCIA HERNANDEZ LAURA MARCELA	59	0			N																	231001	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS008	2.800.000	350.000	14-7	2.800.000	3	68.300	CCF24	2.800.000	56.000	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, Laura Marcela Murcia Hernandez !

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 922.300

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 31/12/2025

CUS: 2049829462

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta 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.