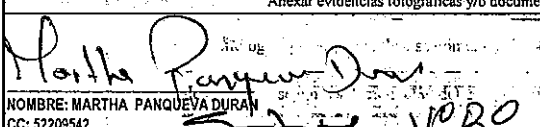
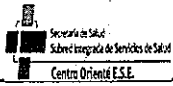
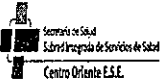


 <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION</p>		<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</p>	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARTHA PANQUEVA DURAN			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.209.542	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1112 2025	FECHA INICIO CONTRATO	1/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	S 14.677.632	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO, INCLUIDO ADICIONES:	S 14.677.632	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 3.669.408
Nº DE INFORME:	4 de 4	Nº CRP:	4500
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO:	X
Nº DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	DD/MM/AAAA
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	Se realizaron historias clínicas de población niños, gestantes, planificación familiar adultos mayores al 100% en el mes de abril 2025		
2	Se realizaron tomas de citologías y vph y se realiza seguimiento al 100 % el mes de Abril 2025		
3	Se realizo manejo de poblacion segun resolucion 3280 del 2018 en Abril 2025		
5	Se realizo la supervision de las actividades del personal de auxiliar de enfermeria en el mes de Abril 2025		
4	Se realizo el programa de adulto mayor cronicos, todo se encuentra verificado con historia clinica en el mes Abril de 2025.		
5	Se garantizo el uso adecuado de los insumos y elementos de seguridad para prestar el servicio de consulta externa para el mes Abril 2025.		
6	Se realizo la solicitud de los elementos e insumos de acuerdo a la necesidad al 100% de los pacientes atendidos en el mes de Abril 2025		
7	REALIZO 186 HORAS EN EL MES DE Abril		
No. DE PLANILLA:	4595115268	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	12/3/2025	\$ 183.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/3/2025	\$ 234.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	12/3/2025	\$ 35.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 454.200
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 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 periodo correspondiente			
 <p>NOMBRE: MARTHA PANQUEVA DURAN CC: 52209542 CÉI: 144844450</p>			

		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: (30/4/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA PANQUEVA DURAN		CC:	52209542	
CORREO ELECTRÓNICO:	marpaduran1976@gmail.com		RUT (NIT):	52209542-9	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 35 10 - 41 este		TELÉFONO:	3148411250	
			CIUDAD:	BOGOTA	
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					
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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0570462870039106
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERÍODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1112 2025	Nº CDP:	1	Nº RP:	4500
FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES	
1/1/2025		30/4/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 14.677.632	
PERÍODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/4/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERÍODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)		\$ 3.669,408			
Tres millones seiscientos sesenta y nueve mil cuatrocientos ocho pesos.					
 NOMBRE: MARTHA PANQUEVA DURAN CC: 52209542 CEL: 3148411250					

		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			MARTHA PANQUEVA DURAN		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.209.542		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1112 2025		FECHA INICIO CONTRATO 1/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 14.677.632			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		# REF		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.669.408	
N° PAGO / N° DE INFORME:		4 de 4		N° CRP INICIAL: 4500	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		4595115268		OPERADOR: SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			
VALOR ADICIONADO:		CDP DE LA		RP DE LA	TIEMPO
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	XX
N° DE PÓLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: XX	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE XX	
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 (01/4/2025) AL (30/4/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			 CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.		
			 EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52209542
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARTHA PANQUEVA DURAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 1 A # 99-28 SUR	TELÉFONO:	3148411
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4595115268	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/03/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992020055

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 234.900
SUBTOTAL:					1	\$ 234.900

SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9001562642	EPS037	EPS037-NUOVA EPS			1	\$ 183.500
SUBTOTAL:					1	\$ 183.500

RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.			1	\$ 35.800
SUBTOTAL:					1	\$ 35.800

VALOR SIN MORA:	\$ 454.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 454.200