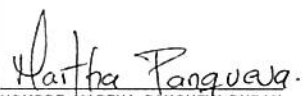
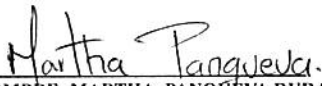


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN			CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y 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 3.018.384
N° DE INFORME:		1		N° CRP:		4500
				N° CDP:		1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			6AL CENTRO DE SALUD LOS ALPES			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN		0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?			SI		NO	
					X	
N° DE PÓLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA
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)						
1		Se realizaron historias clínicas de poblacion niños, gestantes, planificacion familiar adultos mayores al 100% en el mes de Enero 2024				
2		Se realizaron tomas de citologías y vph y se realiza seguimiento al 100 % el mes de Enero2024				
3		Se realizo manejo de poblacion segun resolucio 3280 del 2018 en Enero 2024				
5		Se realizo la supervision de las actividades del personal de auxiliar de enfermeria en el mes de Enero 2024				
4		Se realizo el programa de adulto mayor cronicos, todo se encuentra verificado con historia clinica en el mes de diciembre 2024.				
5		Se garantizo el uso adecuado de los insumos y elementos de seguridad para prestar el servicio de consulta externa para el mes Enero 2024.				
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 Enero 2024				
REALIZO 184 HORAS EN EL MES DE ENERO SE REALIZAN 200 CONSULTAS						
No. DE PLANILLA:		4583149442		OPERADOR:		SOI
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:		NUEVA EPS		12/12/2024		S 183.500
PENSIÓN:		COLPENSIONES		12/12/2024		S 234.900
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR		12/12/2024		S 35.800

OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 454.200
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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 afiliación a cps, arl, pension, rut)</p> <p>3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>		
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: MARTHA PANQUEVA DURAN CC: 52209542 CEL: 3148411250		

		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: (31/1/2025)							
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.							
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:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							0570462870039106
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1112 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	4500	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 14.677.632	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/1/2025 AL 31/1/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		\$ 3.018.384					
		Tres millones dieciocho mil trescientos ochenta y cuatro mil					
<div style="text-align: center;">  NOMBRE: MARTHA PANQUEVA DURAN CC: 52209542 CEL: 3148411250 </div>							

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:	\$ 14.677.632		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.018.384
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(1 de 1)	Nº CRP INICIAL:	4500	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4583149442		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AL CENTRO DE SALUD LOS ALPES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (0)	(0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		XX	
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
<i>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i>					
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 (01/1/2025) AL (31/1/2025)

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

JEDY POKA PARADA SUTZ

2024/12/12 8:44 AM USJAFRO:SOI CC1077435259

