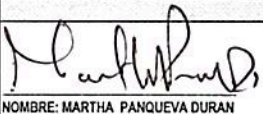
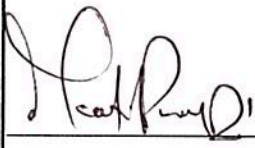
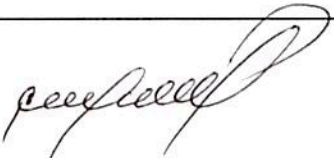
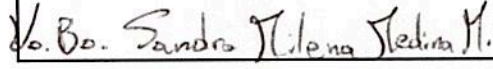
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 \$ 14.677.632		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		CUATRO (4) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14.677.632		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.669.408	
Nº DE INFORME: 2		Nº CRP: 4500		Nº CDP: 1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		5DT 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 0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGA DO:	
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 LA PÓLIZA DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN: DD/MM/AAAA		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)					
ITEM		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 clinicas de poblacion niños, gestantes, planificación familiar adultos mayores al 100% en el mes de Febrero 2025			
2		Se realizaron tomas de citologias y vph y se realiza seguimiento al 100 % el mes de Febrero2025			
3		Se realizo manejo de poblacion segun resolucion 3280 del 2018 en Febrero 2025			
5		Se realizo la supervision de las actividades del personal de auxiliar de enfermería en el mes de Febrero 2025			
4		Se realizo el programa de adulto mayor cronicos, todo se encuentra verificado con historia clinica en el mes febrero 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 Febrero 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 Febrero 2025			
7		REALIZO 186 HORAS EN EL MES DE FEBRERO			
V. PLANILLA DE PAGOS					
No. DE PLANILLA: 4588523628		OPERADOR: SOI		FECHA DE PAGO 21/1/2025	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		VALOR PAGADO	
SALUD:		NUEVA EPS		\$ 178.000	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR		\$ 34.700	
OTRO		TOTAL PAGADO		\$ 440.500	
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 ibe 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 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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					
 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 DATOS DEL CONTRATISTA		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/2/2025)					
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 par					
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:	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:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 14.677.632
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/2/2025 AL 28/2/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 3.669.408				
Tres millones seiscientos sesenta y nueve mil cuatrocientos ocho pesos.					
					
NOMBRE: MARTHA PANQUEVA DURANCC: 52209542CEL: 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-1A-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:	\$	14 677.632	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3 669.408
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2 de 2	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:	4588523628	OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
Nº DE MODIFICACIÓN:	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			
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	
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTO 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				
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 (01/2/2025) AL (28/2/2025)				
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		EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS		
 Sandra Nilena Medina M.				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	5220942	NÚMERO PLANILLA	4581523028	TIPO DE PLANILLA	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	MARTHA PANGUEVA DURAN	PERÍODO COTIZACIÓN	2025	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD	2025
Ciudad Municipio	CRA 144 PANGUEVA DURAN	CLASE APORTANTE	LINDEPENDIENTE	DÍAS DE MORA	2025/01/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN	9991482350
DIRECCIÓN DEL APORTANTE	SE-VAE	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	FECHA PAGO (aaaa/mm/aa)			
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	UNICO				
FORMA DE PRESENTACIÓN	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SE-VAE Y CCB	REFORMA TRIBUTARIA	NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN									
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE	EMPLADOR	COTIZANTE	COTIZACIÓN	SOLICITUD	SOLICITUD	SOLICITUD	COTIZACIÓN	MORA
35-14			1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0
35-14			1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0
SUB-TOTALES:									