

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA PANQUEVA DURAN			CC:	52209542	
CORREO ELECTRÓNICO:	marpaduran1976@gmail.com			TELÉFONO:	3148411250	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1A 99 28 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	462870039106	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1112 2025	N° CDP:	1797	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/08/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.669.408					



MARTHA PANQUEVA DURAN
PS_1112_2025_6F7713

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTHA PANQUEVA DURAN
CC: 52209542
CEL: 3148411250

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
MARTHA PANQUEVA DURAN				
CON C.C N°		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	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.677.632	No. HORAS EJECUTADAS	186	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 29.355.264	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.669.408	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LOS ALPES			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO			
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	.PRESTAR SUS SERVICIO DE APOYO EN FORMA PERSONAL Y AUTONOMA COMO ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA , EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD SEGUN CURSO DE VIDA, PROGRAMAS DE ATENCION Y CONDICIONES DE LOS USUARIOS, PROGRAMACION Y SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y DEMAS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y REPORTES QUE SE DERIVEN DE LA ATENCION RELACIONADA CON SU PROFESION SEGUN LA DEMANDA DE USUARIOS Y NECESIDAD DEL SERVICIO EN CADA UNA DE LAS SEDES QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE, SUJETANDOSE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION, ACOGIENDOSE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED. 2.REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO A SU COMPETENCIA.3.REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD CONFORME A NECESIDADES DEL SERVICIO, ASI COMO DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA 4.REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 5.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCION CONFORME A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DE LA ENTIDAD.6. APOYAR EL PROCESO DE GESTION Y OPERACION DE: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, PATOLOGIAS Y EVENTOS DE ALTO COSTO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES SEGUN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS EN EL MARCO DEL MIAS.7.			
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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 4608442126	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2025/06/16	\$ 183.500	

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/16	\$ 234.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/06/16	\$ 35.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 454.200
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 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.			
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	<div><div>MARTHA PANQUEVA DURAN PS_1112_2025_6F7713</div><div>MARTHA PANQUEVA DURAN CC: 52209542</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_1112_2025_6F7713</div><div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 234.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 234.900	\$ 0	\$ 234.900
SUBTOTALES:										\$ 234.900	\$ 0	\$ 234.900

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 183.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 183.500	\$ 0	\$ 0	\$ 183.500
SUBTOTALES:									\$ 183.500				\$ 183.500	\$ 0	\$ 0	\$ 183.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 35.800	\$ 35.800	\$ 0	\$ 0	\$ 35.800
SUBTOTALES:									\$ 35.800	\$ 0	\$ 0	\$ 35.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																										
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						SALUD						ARP						DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	TOTAL APORTE			TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE				
1	CC 52209542	PANQUEVA DURAN MARTHA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.467.764			NO																			25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.467.764	\$ 234.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 234.900	EPS037- NUEVA EPS	30	\$ 1.467.764	\$ 183.500	\$ 0	\$ 183.500	14-7- SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	\$ 1.467.764	\$ 220.9542	\$ 35.800	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			

TOTAL PAGADO: \$ 454.200