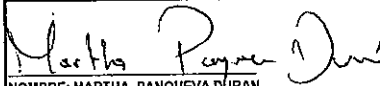
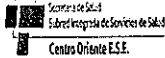
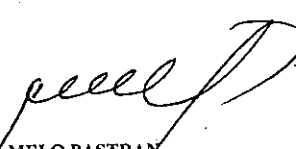
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 DIRECCIÓN 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:		3		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	
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					
¿PACTO 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	
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)					
ITEM					
1		Se realizaron historias clinicas de poblacion niños, gestantes, planificacion 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 Marzo 2025			
3		Se realizo manejo de poblacion segun resolucion 3280 del 2018 en Marzo 2025			
5		Se realizo la supervision de las actividades del personal de auxiliar de enfermeria en el mes de Marzo 2025			
4		Se realizo el programa de adulto mayor cronicos, todo se encuentra verificado con historia clinica en el mes Marzo 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 Marzo 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 Marzo 2025			
		REALIZO 186 HORAS EN EL MES DE MARZO			
V. PAGOS					
No. DE PLANILLA:		4592068560		OPERADOR: SOI	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO VALOR PAGADO	
SALUD:		NUEVA EPS		19/2/2025 S 183.500	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		19/2/2025 S 234.900	
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR		19/2/2025 S 35.800	
OTRO					
		TOTAL PAGADO		S 454.200	
VI. 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 íbe 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 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: 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 V. DE APOYO A LA GESTIÓN DATOS DEL CONTRATISTA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)						CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
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							
Régimen 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	N° CUENTA:	0570462870039106	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	PS 1112 2025	N° CDP:	1	N° RP:	4500	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 14.677.632	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/3/2025 AL 31/03/2025						
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 DURAN CC: 52209542 CEL: 3148411250							

(Handwritten signature)

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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. INFORMACIÓN 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 PRESTACIÓN 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:	3 de 3		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:	4592068560		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)					
¿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. VERIFICACIÓN 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 cláusula "Fórmula de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/3/2025) AL (31/3/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS			 CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.		

OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

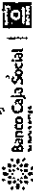


EDISON SANCHEZ QUINTERO

PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

4



DATOS GENERALES DEL APORTANTE CÉDULA DE CIUDADANÍA: MARTHA PANQUEVA DURAN DEPARTAMENTO: BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL TELEFONO: 01-261-1111 ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES REGULADAS Y FACILITADORAS DE LA ACT.		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 459208180 TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD DÍAS DE MORA: 0 PERIODO COTIZACIÓN: 2025/02/19 NÚMERO AUTORIZACIÓN:	
DATOS GENERALES DEL APORTANTE CÉDULA DE CIUDADANÍA: MARTHA PANQUEVA DURAN DEPARTAMENTO: BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL TELEFONO: 01-261-1111 ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES REGULADAS Y FACILITADORAS DE LA ACT.		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 459208180 TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD DÍAS DE MORA: 0 PERIODO COTIZACIÓN: 2025/02/19 NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

TOTAL APORTES A PENSIÓN			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A PENSIÓN			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A SALUD			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A SALUD			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
\$24.000	\$0	\$0	\$0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
\$24.000	\$0	\$0	\$0