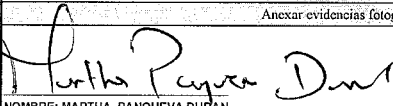
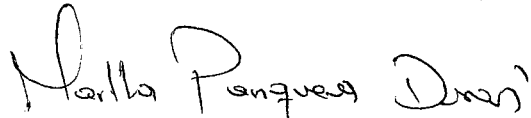


 Ministerio de Salud Secretaría de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 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 22.016.448	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 3.669.408	
N° DE INFORME:	5 de 5	N° CRP: 4500
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (6) MESES	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS, ENCARGADA .	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN
ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	7.338.816	CDP DE LA ADICIÓN:
ADICIONES	1276	CRP DE LA ADICIÓN:
PRORROGAS	14959	TIEMPO PRORROGA DO:
TIEMPO PRORROGA DO:	2 Meses	
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
N° DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
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		
1	Se realizaron historias clinicas de poblacion niños, gestantes, planificacion familiar adultos mayores al 100% en el mes de mayo 2025	
2	Se realizaron tomas de citologias y vph y se realiza seguimiento al 100 % el mes de mayo 2025	
3	Se realizo manejo de poblacion segun resolucion 3280 del 2018 en mayo 2025	
5	Se realizo la supervision de las actividades del personal de auxiliar de enfermeria en el mes de mayo 2025	
4	Se realizo el programa de adulto mayor cronicos, todo se encuentra verificado con historia clinica en el mes mayo 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 mayo 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 mayo 2025	
7	REALIZO 186 HORAS EN EL MES DE mayo	
No. DE PLANILLA:		
4600246859		
OPERADOR:		
SOI		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
VALOR PAGADO		
SALUD:	NUEVA EPS	16/4/2025
S		183.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	16/4/2025
S		234.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	16/4/2025
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 periodo de cobro.		
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el 100% 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 (do ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, ari, pensión, 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 reporten 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				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/5/2025)							
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:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0570462870039106
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1112 2025	Nº CDP:	1276	Nº RP:	14959	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : Cinco (6) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/6/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 22016448	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/5/2025 AL 31/05/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 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

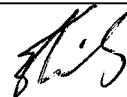
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			MARTHA PANQUEVA DURAN		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.209.542		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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:		\$ 22.016.448		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.669.408	
N° PAGO / N° DE INFORME:		5 de 5		N° CRP INICIAL: 4500	
				N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS (6) MESES			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		4600246859		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:		BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS(E)			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			
VALOR ADICIONADO 7.338.816		CDP DE LA 1276		RP DE LA 145959	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
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 (01/5/2025) AL (31/5/2025)					

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

UOB Leg Stella f/B


BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOSE

EDISON SANCHEZ QUINTERO
PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACION: CUIDADANINCRIPSO	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO PLANILLA: 3220832	PERIODO COTIZACIÓN OTROS MAY 2025
DIRECCION: BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	NÚMERO DE IDENTIFICACION: CRA 1 A # 99-28 SUR	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MAY 2025	TIPO DE PLANILLA: MORA
TIPO APORTANTE: PRIVADA	CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA	NÚMERO AUTORIZACION: 21050416	
FORMA DE PRESENTACION: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION							TOTAL APORTES A SALUD			TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A DESCUENTO	
CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		APORTES		MORA		DESCUENTO	
				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP						
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 234.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 234.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:											\$ 234.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD										TOTAL APORTES						
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		APORTES		MORA		DESCUENTO	
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR COTIZACIÓN	ADRES	VALOR COTIZACIÓN	ADRES	APORTES	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	
EF5037	EF5037 NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 183.500		\$ 0		\$ 183.500		\$ 0		\$ 0
SUB-TOTALES:				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 183.500		\$ 0		\$ 183.500		\$ 0		\$ 0

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

DATOS DEL COTIZANTE															NOVEDADES															LIQUIDACION DETALLADA APORTES															SEGURIDAD SOCIAL															ARIP															PARA RASGOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
IDENTIFICACION		NOMBRES		TIPO		SUBTIPO		SALARIO		TIPO DE		COLOMBIANO		EXTRANJERO		ING		RET		TAE		TDP		TAT		COR		VSP		VBT		SLN		COM		IGE		LMA		VAC		AVP		VCT		IRP		ADMIN		DIAS COT		IBC		COTIZACION		VALOR		TOTAL		ADMIN		DIAS COT		IBC		CENTRO		TOTAL		IBC		ADMIN		TOTAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL		SAL	

TOTAL PAGADO:

Planilla pagada

