

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.669.408	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div><div>MARTHA PANQUEVA DURAN PS_1112_2025_79C9F9</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA PANQUEVA DURAN CC: 52209542 CEL: 3148411250</div></div>					

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:	\$ 40.363.488	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.669.408
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LOS ALPES
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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	Realizar toma de citologías en mujeres según lineamientos, garantizando registro y entrega oportuna de resultados.
2	Ejecutar colocación y retiro de implantes subdérmicos, asegurando consejería previa, consentimiento informado y educación posterior.
3	Brindar atención integral a gestantes, incluyendo apertura de control prenatal, seguimiento de riesgo y aplicación de vacunas del PAI.
4	Tomar pruebas rápidas (VIH, sífilis, hepatitis, etc.), con registro inmediato, entrega de resultados y orientación post-prueba
5	Desarrollar controles de crecimiento y desarrollo en niños, evaluando estado nutricional, neurodesarrollo y esquema de vacunación.
6	Realizar seguimientos telefónicos y presenciales a usuarios de programas institucionales (PAI, materno perinatal, planificación, crónicos).
7	Registrar en los sistemas de información (PAIWEB, RIPS, historias clínicas electrónicas) todas las actividades y seguimientos realizados.
8	Orientar a los usuarios en autocuidado y adherencia a los programas de salud (gestantes, niños, planificación, enfermedades crónicas).
9	Elaborar informes de gestión y cobertura de actividades realizadas en citologías, planificación, gestantes, pruebas rápidas y PAI
10	Participar en actividades de promoción y prevención comunitaria, fortaleciendo la captación y permanencia de usuarios en los programas.
11	Total horas laboradas 186 horas .

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 4626203139	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/10/14	\$ 183.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	\$ 234.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	\$ 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_79C9F9</div><div>MARTHA PANQUEVA DURAN</div><div>CC: 52209542</div></div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_1112_2025_79C9F9</div><div>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</div><div>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	EMPLEADOR	EMPLEADO	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
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

TOTAL PAGADO: \$ 454.200