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 CONSUELO MARTINEZ MOSQUERA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.270.346
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 1501 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.957.504	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	20/03/2024 DOS MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.744.137		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.983.552
Nº DE INFORME:	10/2024	**Nº CRP:**	13734	**Nº CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	31/10/2024 NUEVE MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5BP CENTRO DE SALUD BRAVO PAEZ				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN (DIRECTOR AMBULATORIOS)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**6**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20953	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.019.976	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23837	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.693.301	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29120	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.019.976	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32965	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.059.928	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36496	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 14.700	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39892	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	AGENDAMIENTO DE CITAS DE PYD PARA LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA CRUCES
2	AGENDAMIENTO DE CITAS RESOLUTIVAS PARA LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA CRUCES
3	PARTICIPACION EN LAS VISITAS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR
4	ACOMPAÑAMIENTO Y ORIENTACION A LOS PACIENTES DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA CRUCES
5	
6	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474361908	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	15/10/2024	$ 163.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	15/10/2024	$ 208.800
RIESGOS LABORALES:	COLPATRIA	15/10/2024	$ 31.900
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 403.800

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realice 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Martha Martinez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA CONSUELO MARTINEZ MOSQUERA
CC:52270346
CEL: 52270346

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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: (DD/MM/AAAA)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARTHA CONSUELO MARTINEZ MOSQUERA**			**CC:**	52270346
				RUT (NIT):	52270346
CORREO ELECTRÓNICO:	MARTHA42CONSUELO@GMAIL.COM			**TELÉFONO:**	3138378618
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA 3 B BIS ESTE N 46A-11 SUR			**CIUDAD:**	BOGOTA D.C
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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y					
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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**488416778485**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1501 2024	**Nº CDP:**	140	**Nº. RP:**	13734	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 18.744.137**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**1.983.552 (UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE)**					
	VALOR EN LETRAS					

M/artha Martinez

MARTHA CONSUELO MARTINEZ MOSQUERA
C.C 52270346
Cel: 3138378678

	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 CONSUELO MARTINEZ MOSQUERA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.270.346

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 1501 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				3.957.504,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.744.137,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.983.552,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	10	Nº CRP INICIAL:	13734	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474361908		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CAPS CRUCES				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CAPS CRUCES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN (DIRECTOR AMBULATORIOS)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (6)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	934	RP DE LA ADICIÓN:	20953	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.019.976	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	RP DE LA ADICIÓN:	23837	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.693.301	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	RP DE LA ADICIÓN:	29120	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.019.976	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	RP DE LA ADICIÓN:	32965	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.059.928	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	RP DE LA ADICIÓN:	36496	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 14.700	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	RP DE LA ADICIÓN:	39892	TIEMPO PRORROGADO:	N/A
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN CARGO:DIRECTOR AMBULATORIOS
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE SERVICIOS AMBULATORIOS

Luz Stella Ramos Bello

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52270346		MARTINEZ MOSQUERA MARTHA CONSUELO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 3 A BIS ESTE NO 46 SUR 09 APTO 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3631879	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	62235110	9474361908	I	2024/10/10	2024/10/15	BANCO DE OCCIDENTE	5	$403,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$800	$0	$208,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$800	$0	$208,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$600	$0	$163,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$600	$0	$163,100
TOTAL				1	$402,200	$1,600	$0	$403,800