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 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 1562 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**22/1/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 7.194.624**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN MES Y VEINTIOCHO DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 32.988.416**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3.649.680**
N° DE INFORME:	10	**N° CRP:**	14191	**N° CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE MESES Y NUEVE DIAS (9 MESES Y 9 DIAS)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AL CENTRO DE SALUD LOS ALPES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	3.484.896	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21003	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	3.484.896	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23887	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	4.646.528	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29167	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES Y 11 DIAS**
VALOR ADICIONADO	3.484.896	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33013	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	10.154.912	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36544	**TIEMPO PRORROGADO:**	**3 MESES**
VALOR ADICIONADO	537.664	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39912	**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**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	123		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	**Se garantizo la realizacion de los cuidados a 100% de los pacientes que por su estado crítico así lo requirieron en el mes de Octubre 2024**
2	**Se realizo el plan de cuidado de enfermería al 100% de los pacientes teniendo en cuenta las necesidades del paciente, los riesgos clinicos, de seguridad y de salud mental en el mes de Octubre2024**

3	Se realizo la identificación de los riesgos al 100% de los pacientes atendidos y se implementaron las acciones preventivas para disminuir el riesgo de la presencia de sucesos de seguridad en Octubre2024
4	Se realizo la administracion de medicamentos al 100% de los pacientes asignados en el mes de Octubre 2024 de acuerdo a lo establecido en el protocolo de administracion segura de medicamentos institucional en el mes.
5	Se realizo la supervision de las actividades del personal de auxiliar de enfermeria y camilleros asignado para el servicio en el mes de Octubre 2024
6	Se realizo la revision y actualizacion de los Kardex de los pacientes asignados en el mes de Octubre 2024 de acuerdo a los parametros establecidos en los protocolos de plan de cuidado de enfermeria y entrega de turno
7	Se garantizo el uso adecuado de los insumos y medicamentos requeridos en el servicio para el mes Octubre 2024.
8	Se garantizo la devolucion del 100% de los medicamentos e insumos al servicio farmaceutico por el sistema de dinamica y/o formato en fisico en el mes de Octubre 2024
9	Se realizo la solicitud de los elementos e insumos de acuerdo a la necesidad al 100% de los pacientes atendidos en el mes de Octubre 2024
10	Se realiza participación en la revista medica del 100% de los pacientes críticos atendidos en el mes de Octubre 2024
	REALIZO 186 HORAS EN EL MES DE OCTUBRE SE REALIZAN 420 CONSULTAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4568916704	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	10/9/2024	$ 183.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/9/2024	$ 234.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	10/9/2024	$ 35.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 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 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

Martha. Panqueva

NOMBRE: MARTHA PANQUEVA DURAN
CC: 52209542
CEL: 3148411250

JEIDY PACA PARADA SUBE

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: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA PANQUEVA DURAN	**CC:**	52209542
		RUT (NIT):	52209542-9
CORREO ELECTRÓNICO:	marpaduran1976@gmail.com	**TELÉFONO:**	3148411250
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 35 10 - 41 este	**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

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)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570462870039106**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1562 2024**	**N° CDP:**	**2784**	**N°. RP:**	**39912**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE MESES Y ONCE DIAS (9 MESES Y 9 DIAS)**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**22/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 7,194,624**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3.649.680**
	TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS					

Martha Panqueva.

NOMBRE: MARTHA PANQUEVA DURAN
CC: 52209542
CEL: 3148411250

JEIDY PACA PARADA SUCER

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 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 1562 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**22/1/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624,00		

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.988.416,00			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.649.680,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10 de 10)	**N° CRP INICIAL:**	14191	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE MESES Y NUEVE DIAS (9 MESES Y 9 DIAS)				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4568916704	**OPERADOR:**	SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AL CENTRO DE SALUD LOS ALPES		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR AMBULATORIOS		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (6)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (6)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	3.484.896	**CDP DE LA**	934	**RP DE LA**	21003	**TIEMPO**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	3.484.896	**CDP DE LA**	1261	**RP DE LA**	23887	**TIEMPO**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	4.646.528	**CDP DE LA**	1618	**RP DE LA**	29167	**TIEMPO**	**1 MES Y 11 DIAS**
VALOR ADICIONADO	3.484.896	**CDP DE LA**	2199	**RP DE LA**	33013	**TIEMPO**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	10.154.912	**CDP DE LA**	2606	**RP DE LA**	36544	**TIEMPO**	**3 MESES**
VALOR ADICIONADO	537.664	**CDP DE LA**	2784	**RP DE LA**	39912	**TIEMPO**	**N/A**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
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)
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**	XX	
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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

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

CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN:

CARGO: DIRECTOR AMBULATORIOS

EDISON SANCHEZ QUINTERO
PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

JEIDY PARA PAGAR SUEER

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52209542
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARTHA PANQUEVA DURAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 1 A # 99-28 SUR	TELÉFONO:	3148411
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4568916704**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: septiembre AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES: septiembre AÑO: 2024	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999965568	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 234.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 234.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 183.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 183.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 35.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 454.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 454.200**