	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**		DOS (2) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.872.570	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.818.256			
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	13734	**Nº CDP:**	140		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		CENTRO DE SALUD CRUCES					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA (DIRECTOR AMBULATORIOS (E)					
#¡VALOR!							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	7	
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	$ 3.128.433	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3752	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46847	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES

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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	AGENDAMIENTO DE CITAS DE PYD PARA LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DESALUD CRUCES
2	AGENDAMIENTO DE CITAS RESOLUCTIVAS PARA LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DESALUD CRUCES
3	PARTICIPACIÓN EN LAS VISITAS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR
4	ACOMPAÑAMIENTO Y ORIENTACION A LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CRUCES
5	
6	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	9476308520	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**		
SALUD:	**SANITAS**	**15/10/2024**	**$**	**163.000**	
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**15/10/2024**	**$**	**208.600**	
RIESGOS LABORALES:	**CALPATRIA**	**15/10/2024**	**$**	**31.800**	
OTRO					
TOTAL PAGADO			**$ 403.400**		

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 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 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 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: (30-11-2024)			
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 título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 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)		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:		Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :2 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 21.872.570
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.818.256					
	(UN MILLON OCHOCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS MCTE)					

Martha Martinez

MARTHA CONSUELO MARTINEZ MOSQUERA
C.C 52270346
Cel: 3138378678

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 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	**$**				**3.957.504,00**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**21.872.570,00**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$**	1.818.256,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	**N° CRP INICIAL:**	13734	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS MESES Y CINCO DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9476308520**		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	LISTA DESPEGABLES					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA (DIRECTOR AMBULATORIOS E)					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	**N° ( )**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION ( )	PRORROGA ( )
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	**$ 3.128.433**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3752	**RP DE LA ADICIÓN:**	46847	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES
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)
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(DOS MESES)

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		

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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)

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

V°B° Luz Stella Ruiz B

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
GUILLERMO RUBIO GUIZA (DIRECTOR AMBULATORIOS E)
CARGO:DIRECTOR AMBULATORIOS

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
EDISSON SANCHEZ QUINTERO
PERFIL:ENLACE SERVICIOS AMBULATORIOS



RALES DEL APORTANTE

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

RALES DE LA LIQUIDACION

lo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
24-10	00347586	9476308520	I	2024/11/14	2024/11/18	BANCO DE OCCIDENTE	4	$403,400

DE PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
TRADORAS: 1)				1	$208,000	$600	$0	$208,600
DS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$600	$0	$208,600
TRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
A ARP	14-4	860,002,183	9	1	$31,700	$100	$0	$31,800
TRADORAS: 1)				1	$162,500	$500	$0	$163,000
	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$500	$0	$163,000
				1	$402,200	$1,200	$0	$403,400

RALES DEL APORTANTE

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

RALES DE LA LIQUIDACION

do	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
024-10	00347586	9476308520	I	2024/11/14	2024/11/18	BANCO DE OCCIDENTE	4	$403,400

ON DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
ificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
NCIPAL (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
bajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
A Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
70346	MARTINEZ MARTHA	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Afiliados(1)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0