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:	**$ 40.270.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3.629.952**
Nº DE INFORME:	12	**Nº CRP:**	14191	**Nº CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES Y NUEVE DIAS (11 MESES Y 9 DIAS)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AL CENTRO DE SALUD LOS ALPES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	8	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	8	**PRORROGAS**	6	
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	6.965.936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3754	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46889	**TIEMPO PRORROGADO:**	**2 MESES**
VALOR ADICIONADO	**315.648**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**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:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº 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 realizaron historias clinicas de poblacion niñes, gestantes, planificacion familiar adultos mayores al 100% en el mes de Diciembre 2024
2	Se realizaron tomas de citologias y vph y se realiza seguimiento al 100 % el mes de Diciembre2024
3	Se realizo manejo de poblacion segun resolucion 3280 del 2018 en Diciembre 2024
5	Se realizo la supervision de las actividades del personal de auxiliar de enfermeria en el mes de Diciembre 2024
4	Se realizo el programa de adulto mayor cronicos, todo se encuentra verificado con historia clinica en el mes de diciembre 2024.
5	Se garantizo el uso adecuado de los insumos y elementos de seguridad para prestar el servicio de consulta externa para el mes Diciembre 2024.
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 Diciembre 2024
	REALIZO 184 HORAS EN EL MES DE DICIEMBRE SE REALIZAN 350 CONSULTAS

No. DE PLANILLA:	**4578242434**	**OPERADOR:**	**SOI**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**13/11/2024**	**$ 183.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**13/11/2024**	**$ 234.900**

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	13/11/2024	$ 35.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 454.200

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 Panqueva.

NOMBRE: MARTHA PANQUEVA DURAN
CC: 52209542
CEL: 3148411250

Leidy Paola Parada.

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: (31/12/2024)

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:**	**3754**	**N°. RP:**	**46889**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE MESES Y NUEVE DIAS (11 MESES Y 9 DIAS)**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**22/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 40,270,000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3.629.952**
	TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTI NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS					

Martha Panqueva.

NOMBRE: MARTHA PANQUEVA DURAN
CC: 52209542
CEL: 3148411250

LEIDY PAOLA PARADA.

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:	$ 40.270.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.629.952,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(12 de 12)	**N° CRP INICIAL:**	14191	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES Y NUEVE DIAS (11 MESES Y 9 DIAS)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4578242434	**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 SERVICIOS AMBULATORIOS.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (8)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (8)	PRORROGA (6)
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	6.965.936	**CDP DE LA**	3754	**RP DE LA**	46889	**TIEMPO**	**2 MESES**
VALOR ADICIONADO	$ 315.648	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**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**	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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** **DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.**
	EDISON SANCHEZ QUINTERO **PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS**

LEIDY PAOLA PARADA.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

PO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52209542
OMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARTHA PANQUEVA DURAN
UDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
IRECCIÓN:	CRA 1 A # 99-28 SUR	TELÉFONO:	3148411
PO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
PO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4578242434	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2024/11/13	NUMERO AUTORIZACIÓN:		9990668725

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
-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 234.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 234.900	$ 0	$ 234.900
UBTOTALES:										**$ 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		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
S037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 183.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.500	$ 0	$ 0	$ 183.500
UBTOTALES:													**$ 183.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 183.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35.800	$ 35.800	$ 0	$ 0	$ 35.800
UBTOTALES:									**$ 35.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 35.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																
	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	CDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	CC 52209542	PANQUEVA DURAN MARTHA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 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	$ 52209542	$ 35.800	0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 454.200**

Planilla Pagada