Secretaría Distrital 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					
NORMA MARTINEZ AGUIRRE					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			51,816,618		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2923 2025		FECHA INICIO CONTRATO	1/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14,389,248	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14,389,248		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3,260,064	
N° DE INFORME:	3	N° CRP: 4896	N° CDP:	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES		PRORROGAS		
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:	
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
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
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	REALIZAR PROCEDCIMIENTOS DE TERAPIA RESPIRATORIA EN HOSPITALIZACION, URGENCIAS, SALA ERA Y CONSULTA EXTERNA PROCURANDO EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE

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: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NORMA MARTINEZ AGUIRRE	CC:	51816618
		RUT (NIT):	51816618-1
CORREO ELECTRÓNICO:	NORCONS871@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3124562029
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 12 C 71 C 30 INT 9 APTO 701	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.

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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	469400002793
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2923 2025	N° CDP:	1	N°. RP:	4896	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/4/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $14,389,248.00
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 3,260,064 TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL, SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					

Norma Martinez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NORMA MARTINEZ AGUIRRE
C.C: 51816618
CEL: 3124562029

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	NORMA MARTINEZ AGUIRRE
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	51,816,618

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2923 2025	FECHA INICIO CONTRATO	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$		14,389,248.00

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14,389,248.00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3,260,064
N° PAGO / N° DE INFORME:	3	N° CRP INICIAL:	4896	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482959123	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	APOYO TERAPETICO Y REHABILITACION		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16	

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N°	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION	PRORROGA
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		

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 51816618		MARTINEZ AGUIRRE NORMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8101379	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1325833582	9482959123	I	2025/03/06	2025/03/10	NEQUI	4	$450,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$600	$0	$228,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$600	$0	$228,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$100	$0	$34,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$8,600	$100	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$500	$0	$178,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$500	$0	$178,500
TOTAL				1	$449,100	$1,300	$0	$450,400