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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARTHA PANQUEVA DURAN**			**CC:**	**52209542**
CORREO ELECTRÓNICO:	**marpaduran1976@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3148411250**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1A 99 28 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**462870039106**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2044 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.723.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

MARTHA PANQUEVA DURAN
PS_2044_2026_CBB59D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTHA PANQUEVA DURAN
CC: 52209542
CEL: 3148411250

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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARTHA PANQUEVA DURAN			
	CON C.C N°	**52.209.542**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO 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 2044 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.713.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.723.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

ITEM	**II. 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	1. ASISTIR A JUNTA DE DISCAPACIDDA , TRABAJO EN EQUIPO , CON PERFILES DE MEDICO GENERAL, FONOAUDIOLOGA Y JEFE DE ENFERMERIA , GENERANDO CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD.
2	2. REALIZAR INSTRUMENTO DE CUESTIONARIO EN JUNTA DE DISCAPACIDAD , REALIZANDO ANALISIS DE CADA PACIENTE , PARA DEFINIR CATEGORIA DE DISCAPACIDAD, NIVEL DE DIFICULTA EN EL DESEMPEÑO DE CADA PACIENTE .
3	3. DILIGENCIAS CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CADA PACIENTE , EN JUNTA DE DISCAPACIDAD , EXPLICANDO LA IMPORTANCIA DE JUNTA DE DISCAPACIDDA , SEGUN LEY 23 DE 1993.
4	4. APLICAR RESOLUCION 1197 DE 2024 , ESTABLECER EL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDDA , SEGUN HISTORIA CLINICA , RADICADA EN SECRETARIA DE SALUD , ANALIZANDO VALORACION FUNCIONAL Y VALORACION PSICOLOGIA .
5	5. EXPLICAR A PACIENTES BENEFICIOS ESPERADOS DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDDA . INCLUSION SOCIAL, PROTECCION DE DERECHOS , POLITICAS INCLUSIVAS .

III. 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 4664411306	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/08/25	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/25	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/25	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

V. 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	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MARTHA PANQUEVA DURAN* *PS_2044_2026_CBB59D* **MARTHA PANQUEVA DURAN** **CC: 52209542**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2044_2026_CBB59D* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**