

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA MARGARITA SALINAS RICO			CC:	52033918	
				RUT (NIT):	52033918	
CORREO ELECTRÓNICO:	MARGARITAVH28@YAHOO.ES			TELÉFONO:	3053187506	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 49 165 65			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	16868534013	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 1244 2025	N° CDP:	783	N°. RP:	11807	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 37.361.190	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.226.865					

 MARTHA MARGARITA SALINAS RICO  
PS\_1244\_2025\_5E46F8-2025-05-19 12:22:45

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
MARTHA MARGARITA SALINAS RICO  
CC: 52033918  
CEL: 3053187506

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	<b>MARTHA MARGARITA SALINAS RICO</b>
<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>	<b>52.033.918</b>

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1244 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$	18.680.595
-----------------------------------	----	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	37.361.190	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$	6.226.865
---	----	------------	--	----	-----------

<b>N° DE INFORME:</b>	5	<b>N° CRP INICIAL:</b>	5966	<b>N° CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	2
-----------------------	---	------------------------	------	------------------------------------	---

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SEIS (06) MESES
--	-----------------

<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	OFICINA DE CALIDAD
--	--------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS
-------------------------------	-------------------------------

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

<b>N° DE MODIFICACIÓN:</b>	(1)	<b>TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):</b>	ADICIÓN (X)	PRORROGA (X)			
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$ 18.680.595	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	783	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	11807	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
<b>N° DE PÓLIZA:</b>		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>	
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</b>	

**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 hizo la revisión del informe de estándares de calidad de imágenes diagnósticas y se participó en reunión con la líder de la Dirección de Servicios Complementarios.
2	Continuar con los procesos que permitan mantener el reconocimiento en responsabilidad social, economía circular y medición de huella de carbono Se revisó y diligenció la primera parte de los formatos correspondientes a evaluación de proponentes, para la contratación de FENALCO Solidario.
3	Gestionar con los equipos de trabajo que fueron identificados en el diagnóstico como gestores de responsabilidad social en la Subred Centro Oriente, para que se evalúe a través de indicadores el desarrollo del eje de responsabilidad social, en respuesta a los estándares establecidos en la acreditación en salud. Se revisó información de las diferentes dependencias referente al cumplimiento de actividades relacionadas con las metas de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2024 y el POA, se descargó y organizó la información y evidencias subidas por las áreas en el Sistema Almera.
4	Realizar capacitación a usuarios internos y externos, para visibilizar y favorecer el desarrollo y fortalecimiento de las estrategias que aportan al proceso de responsabilidad social en la Subred Centro Oriente. Se realizaron 2 reuniones con la Iglesia Trinitaria Un Lugar de Oración, grupo interesado en desarrollar labores de voluntariado en la SubredCO. Se realizó socialización de Responsabilidad Social con usuarios de Consulta Externa del Hospital Santa Clara. Se realizó socialización de Responsabilidad Social con los representantes de los diferentes Mecanismos de Participación Se realizó socialización de Responsabilidad Social con la Asociación de Usuarios de la localidad Mártires
5	6. Construir el informe de Sostenibilidad de acuerdo a la recolección y consolidación de información que aporten las diferentes áreas/servicios institucionales. Se terminó el documento Informe Institucional de Sostenibilidad 2024
6	7. Apoyar las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor del contrato Se participó en la Jornada de Lavado de Manos, sensibilización con colaboradores de la unidad San Rafael Hospital Santa Clara. Realizar el diagnóstico, definir e implementar el plan de trabajo para el fortalecimiento del eje de responsabilidad social, enfocado en el sistema obligatorio de garantía de calidad, con el fin de identificar el estado y las necesidades actuales de la Subred Centro Oriente: Se realizó el informe trimestral de actividades del eje de responsabilidad social, el reporte indicadores POA de enero a marzo 2025 con sus

respectivas evidencias.

Se desarrolló reunión de articulación con una de las profesionales de Salud Ocupacional y la referente de Riesgo Público para revisar acciones de articulación correspondientes a la problemática de consumo de SPA en el espacio público aledaño a consulta externa del Hospital Santa Clara.

Se realizó presentación a la jefe entrante de la Oficina de Gestión de Calidad correspondiente al Eje de Responsabilidad Social, en el espacio de reunión de Referentes.

Se participó en la reunión de Referenciación con la Fundación Santa Fé, para los temas de Gestión Social y Educación al Paciente (anexar pantallazos)

Se envió a la jefatura de la Calidad, correo con proyecto oficio espacio público Hospital Santa Clara y propuesta de curso Voluntariado con Bondad

Se diseñaron las presentaciones de los módulos Voluntariado Consciente y Crear para transformar, correspondientes al curso Voluntariado con Bondad. Se gestionaron y recibieron las presentaciones de los módulos de Humanización y Enfoque de Género.

**V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

**VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 85619897	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/05/02	\$ 311.344
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/05/02	\$ 398.520
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/05/02	\$ 60.675
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 770.539</b>

**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 MARGARITA SALINAS RICO

PS\_1244\_2025\_5E46F8-2025-05-19 12:22:45

**MARTHA MARGARITA SALINAS RICO**

**CC: 52033918**

**CEL: 3053187506**

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



DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS

PS\_1244\_2025\_5E46F8-2025-05-19 19:38:52

**DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS**

**CARGO:**

**PENDIENTE POR ASIGNAR**