

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	PATRICIA MARICELA MARINEZ QUIÑONEZ			CC:	69008041
CORREO ELECTRÓNICO:	MARICELAMARINEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3124887557
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 154 91 56			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	360199368
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2749 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.226.865	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



PATRICIA MARICELA MARINEZ QUIÑONEZ
PS_2749_2026_A9842F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PATRICIA MARICELA MARINEZ QUIÑONEZ
CC: 69008041
CEL: 3124887557

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
PATRICIA MARICELA MARINEZ QUIÑONEZ

CON C.C N° 69.008.041

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2749 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 24.907.460	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

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

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER
------------------------	------------------------------

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	Participar en las reuniones de implementación de las estrategias de análisis y seguimiento que aporten a la implementación de los estándares de acreditación de los diferentes procesos en la subred (EPM) (acreditación): durante este periodo se asistió y participo en el EPM UCI; el tema de trabajo fue debatir implementación del Protocolo Escala de dolor, como un signo vital, liderado por la Líder de la mesa.
---	---

2	Participar en el seguimiento y monitoreo de los indicadores normativos de acuerdo a las necesidades definidas desde la oficina de calidad, en el marco de la mejora continua. (sistemas de información): Seguimiento de segundo orden a la Fichas de los indicadores según la Resolución 256 de 2016, actualización de tablero interno de indicadores según Resolución 256 de 2016.
---	---

3	Realizar auditoria clínica en la medición de adherencia a Guías de Práctica Clínica, Guías de manejo o protocolos; auditoria clínica en la calidad del diligenciamiento de historias clínicas de acuerdo a las necesidades definidas desde la oficina de calidad, en el marco de la mejora continua. (auditoria): Se solicitó Bases de eventos de interés en salud publica para Auditoría de adherencia al Protocolo Tos Ferina, Auditoría de adherencia al Protocolo Fiebre Amarilla, Auditoría de adherencia al Protocolo Sarampión Rubeola y Auditoría de adherencia al Protocolo Dengue. Se realizó Auditoria de adherencia a la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud / Curso de Vida Primera Infancia e Infancia (Crecimiento y Desarrollo para la Resolución 408 de 2018); Auditoria de la calidad del diligenciamiento de la Historia Clínica de Enfermería en el Servicio de Urgencias.
---	---

4	Realizar auditoria concurrente de paciente trazador (unidades ambulatorias de baja complejidad sin urgencias u hospitalización), de acuerdo a las necesidades definidas desde la oficina de calidad, en el marco de la mejora continua. (auditoria): Durante este periodo se realizó la Auditoria concurrente de paciente trazador en la USS Bello Horizonte e Informe.
---	---

5	Presentar al supervisor un informe mensual de las actividades desarrolladas, el cronograma de ejecución de actividades relacionando fecha, lugar y número de actividades realizadas, anexando las evidencias de la gestión realizada. (evidencias)
---	--

6	Apoyar las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor del contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato: Creacion de Instructivo para auditoriascon el Aplicativo Almera; se realizó evidencia y cargue de soporte a Plan de mejoramiento en Almera de la Dirección de urgencias ID: 6832.
---	---

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 6019838064	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/06/10	\$ 311.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	\$ 398.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/10	\$ 60.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 770.700

- 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 ningún 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	 PATRICIA MARICELA MARINEZ QUIÑONEZ PS_2749_2026_A9842F PATRICIA MARICELA MARINEZ QUIÑONEZ CC: 69008041
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER PS_2749_2026_A9842F MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER SUPERVISOR DEL CONTRATO