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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARTHA MARGARITA SALINAS RICO**			**CC:**	**52033918**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARGARITAVH28@YAHOO.ES**			**TELÉFONO:**	**3053187506**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 46 165 65**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**16868534013**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2748 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

MARTHA MARGARITA SALINAS RICO
PS_2748_2026_CB1014

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

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 MARGARITA SALINAS RICO			
	CON C.C N°	**52.033.918**	
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 2748 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
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	Se participó en reunión convocada por la jefatura para revisión de la primera propuesta para el Tercer Encuentro de Responsabilidad Social. Tema: salud digital. Se construyó la segunda propuesta para el tercer encuentro de responsabilidad social. Tema: envejecimiento y vejez. Se participó en reunión de articulación con Trabajo Social, Psicología y Humanización con el fin de revisar el procedimiento de la estrategia Aulas Hospitalarias. Se participó en reunión de coordinación del equipo de Calidad, convocada por la jefatura de la oficina. Se organizó y lidero reunión con algunas Referentes de los subprocesos PIC para socializar el tema y objetivo del tercer encuentro de responsabilidad social (envejecimiento y vejez) y definir su participación como conferencistas. Se apoyo a la jefatura de la Oficina en el diligenciamiento de los formatos: Informe final de supervisión, Evaluación proveedor y relación y Estado de pago facturas, correspondientes a la gestión para el pago de los servicios prestados al proveedor FENALCO. Se elaboró propuesta para campaña de fidelización voluntariado y donaciones. Se revisó conjuntamente con la Referente de Psicología el formulario con las preguntas diseñadas para la postulación de voluntarios y se envío correo al Referente de Trabajo Social para su revisión y aportes. Se actualizó el procedimiento de voluntariado y los correspondientes formatos. Se solicito a comunicaciones el diseño de la pieza comunicativa correspondiente a la encuesta de apropiación de responsabilidad social. Se enviaron correos a los líderes y apoyos profesionales solicitando su gestión con los colaboradores para el diligenciamiento de la encuesta de responsabilidad social. Se realizó seguimiento al número de personas que respondieron la encuesta de responsabilidad social.
2	Se realizó seguimiento a la solicitud de cotizaciones mediante comunicación telefónica a los posibles proveedores.
3	Se socializo la política de responsabilidad social con los estudiantes de diferentes instituciones de educación superior, en los espacios de inducción, los miembros de los COPACOS de la localidad Candelaria y el equipo asistencial de la UCI Sta. Clara en el espacio de reunión del Equipo Primario de Mejoramiento EPM.
4	Se terminó la construcción del documento: Informe de Sostenibilidad 2025 y la correspondiente infografía. A la fecha continua en revisión por parte de la Jefatura de la Oficina de Calidad para su posterior publicación en la página web institucional.
5	Se asistió al evento Historias que Inspiran, en el marco del Día Mundial del Paciente Trasplantado.

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° 81237671	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/02	$ 311.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/02	$ 398.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/02	$ 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 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 MARGARITA SALINAS RICO* *PS_2748_2026_CB1014* **MARTHA MARGARITA SALINAS RICO** **CC: 52033918**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER* *PS_2748_2026_CB1014* **MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**