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: (28-02-2026)					
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:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

MARTHA MARGARITA SALINAS RICO
PS_2748_2026_AA15A2

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:	$ 24.907.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	Actividad 1. Se participó en reunión de coordinación del Sistema Único de Acreditación, convocada por la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad. Se revisó y complemento documento para donaciones, remitido por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional Mercadeo.
2	Actividad 2. Se construyó contenido para la pieza comunicativa correspondiente a la invitación de la ceremonia de socialización de resultados y entrega de certificaciones. Se redactaron correos para envío de invitación a los directivos. Se organizó la agenda para el evento Se solicitaron presentaciones a la Corporación FENALCO Solidario. Se desarrolló ceremonia de socialización de resultados y entrega de certificaciones. Se apoyó a la jefatura en el diligenciamiento del formato Certificación de Cumplimiento Supervisión Facturación FENALCO. Se solicito a FENALCO la documentación para la facturación de los servicios prestados. Se radicó en cuentas por pagar la factura, documentos y el formato Certificación de Cumplimiento Supervisión Facturación FENALCO.
3	Actividad 3. Se construyó documento de análisis correspondiente a la encuesta de apropiación en responsabilidad social aplicada a los colaboradores de las unidades de atención en salud y las sedes administrativas.
4	Actividad 4. Se solicito a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional el documento Plan de Desarrollo Institucional, POA y la alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se construyó matriz con metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
5	Actividad 5.Se actualizó el documento Informe de Gestión con las actividades realizadas durante el año 2025. Se asistió al taller: Metodología realización Autoevaluación de Acreditación 2026, convocado por la Referente de Acreditación. Se dio respuesta a 2 peticiones de usuarias en el tema de información de voluntariado.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 4296392	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/04	$ 311.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/04	$ 398.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/02/04	$ 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_AA15A2* **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_AA15A2* **MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**