

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARLEY ANDREA AVILA PUENTES			CC:	52443380
CORREO ELECTRÓNICO:	MARLEYAVILA@YAHOO.COM			TELÉFONO:	3185358963
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 69 D 1 51 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	10809989904
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3102 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 8.299.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 MARLEY ANDREA AVILA PUENTES PS_3102_2026_747F45 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARLEY ANDREA AVILA PUENTES CC: 52443380 CEL: 3185358963					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARLEY ANDREA AVILA PUENTES

CON C.C N° 52.443.380

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII 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 3102 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 33.199.200	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 49.798.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.299.800
--	---------------	---	--------------

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	1.LIDERAR EL PROCESO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA SUBRED CENTRO ORIENTE EN EL MARCO DE LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, FORTALECIENDO LA CULTURA DE SEGURIDAD, REALIZANDO SEGUIMIENTO A EVENTOS, ANALISIS Y DEMAS. se realiza seguimiento a eventos, análisis y acciones puntuales en Almera. Se realiza seguimiento e ingreso de los casos a Almera con sus respectivos análisis para cierres Se realiza reunión equipo de seguridad del Paciente Se realizan diferentes mesas de análisis de casos de seguridad del Paciente Se realiza informe de rondas de seguridad del paciente
---	---

2	2. HACER SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION EN LOS QUE SE PARTICIPE. Se realiza avance en los planes de mejora de estándares priorizados en las mesas de acreditación, Mesa ambulatoria, PACAS hospitalarias, Ambiente Físico Se realiza presentaciones para las mesas de Hospitalario y ambulatorio de los planes de mejora
---	---

3	3. REALIZAR SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA DERIVADOS DE LAS VISITAS DE ASEGURADORAS Y ENTES TERRITORIALES CONCERNIENTE A SEGURIDAD DEL PACIENTE. Se realiza envío de bases con planes a la aseguradora Capital Salud de acuerdo a solicitudes de casos Se realiza envío de bases con planes a la aseguradora Famisanar Se realiza envío de bases con planes a la aseguradora Sanitas Se realiza envío de bases con planes a la aseguradora Nueva EPS Se realiza reunión de seguimiento de Planes/ acciones puntuales y revisión de casos desde Seguridad del Paciente con Capital Salud Se atiende visita de auditoria de Compensar para revisión del programa, indicadores y Comité de seguridad del Paciente. Se recibe auditoria de Capital Salud para seguimiento en unidades de Seguridad del Paciente.
---	---

4	4. PROTOCOLOS INSTITUCIONALES: ACTUALIZAR LOS DOCUMENTOS TECNICOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE. Se realiza revisión de los documentos de Mesas de análisis Se realiza ajuste a Procedimiento gestión de reportes Se realiza revisión de documentos para iniciar actualización
---	---

5	5. REVISAR Y VALIDAR LOS INDICADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Se generan los indicadores de POA, indicadores 256 global y por aseguradoras, informe a concejal Arias Se cargan Indicadores 256 en Almera con sus respectivos análisis. Se carga Indicador de proporción de gestión de eventos adversos en Almera Se carga la información de riesgos a Almera del II trimestre
---	---

6	6. ARTICULAR LAS DIFERENTES LINEAS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ESTABLECIENDO COMPROMISOS Y ESTRATEGIAS PARA FORTALECER LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. Se realiza reunión con las líneas de vigilancia para evaluación de círculos de seguridad del paciente, y postulación de otra estrategia para socialización de actividades, indicadores. Se realiza generación de información de Salud Mental, Pediatría y Neonatología para indicadores. Se asiste a reunión de Farmacovigilancia con PAI y vigilancia epidemiológica
---	---

7	7. REALIZAR SECRETARIA TECNICA DEL COMITE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, GENERANDO LAS ACTAS, PRESENTACION, SUBIRLAS AL SISTEMA DE GESTION INTEGRAL ALMERA Y REALIZAR SEGUIMIENTO A COMPROMISOS Se realiza citación, presentación, comité 28/07/2026, acta de comité, donde se presentan indicadores y se realiza seguimiento a compromisos, así mismo se carga acta en Almera del comité. Se envía presentación previamente 23/07/2026 para su revisión.
8	8. COORDINAR EL TALENTO HUMANO DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO EN CADA UNIDAD OPERATIVA. Se realiza reunión de equipo de seguridad del Paciente de Santa Clara a fin de revisar actividades y organización del mismo Se realiza cronograma de rondas de seguridad del paciente y se envía a todos los integrantes
9	9. REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE ACCION DEL PROGRAMA Y COMITE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. Se realiza seguimiento y diligenciamiento a los planes de acción de programa y comité de seguridad del paciente. Se diligencia indicador de seguimiento de plan de acción y se reporta con soportes
10	10. APOYAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. Se da respuesta a los agilsalud que llegan, respuesta a quejas, investigaciones preliminares con lo relacionado a Seguridad del Paciente, etc.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1082688349	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/10	\$ 415.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/10	\$ 531.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	\$ 80.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.027.100

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	 MARLEY ANDREA AVILA PUENTES PS_3102_2026_747F45 MARLEY ANDREA AVILA PUENTES CC: 52443380
---------------------------------------	--

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



MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER
PS_3102_2026_747F45

MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER
SUPERVISOR DEL CONTRATO