

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARLENI RODRIGUEZ FONSECA			CC:	51904863
CORREO ELECTRÓNICO:	MARLENYRODRIGUEZFONSECA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3204392315
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 87D # 127 59			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	9070200622
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2896 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.709.728	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div>MARLENI RODRIGUEZ FONSECA PS_2896_2025_310AC2</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARLENI RODRIGUEZ FONSECA CC: 51904863 CEL: 3204392315</div>					

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

MARLENI RODRIGUEZ FONSECA

CON C.C N°

51.904.863

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2896 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 16.487.680	No. HORAS EJECUTADAS	198
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 41.518.976	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA
------------------------	---------------------------

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	Realice 151 sesiones de terapia respiratoria en el área hospitalaria (Unidad de recién nacidos, básicos, aislados, salas de partos, salas de cirugía).
2	Realicé 200 actividades facturables y realicé 438 actividades no facturables, 151 pacientes.
3	Registre en el mes 269 pacientes con soporte de oxígeno.
4	Se realizaron 15 actividades educativas al paciente y al cuidador.
5	Entrega de informe de producción mensual, entrega de objetivos, diligenciamiento de drives, indicadores terapéuticos 04 de octubre de 2025.
6	Realice registro completo y con calidad de 151 con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
7	Realice 151 formatos de historia clínica de plan de contingencia, realice 0 formatos de consentimiento informado, formatos de contingencia solicitud de insumos en farmacia.
8	Asistí a una sesión de capacitación del equipo interdisciplinario de terapia; el día 10 de octubre asistí a la capacitación denominada Volumen garantizado en neonatos. Por otro lado, realicé el protocolo del uso de cánula de alto flujo en neonatos.
9	Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la Subred Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumplo la visión y misión de la Subred Centro Oriente
10	Proporcione la siguiente información informar la implementación de las recomendaciones y acciones correctivas al líder de apoyo terapéutico y rehabilitación, las recomendaciones del equipo de infecciones en el diligenciamiento de los paquetes de medidas o los formatos de limpieza y desinfección.
11	Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección.
12	Asistí a la unidad de recién nacidos el mes de octubre 2025 según orden de mi supervisora de contrato.
13	Realice 151 sesiones de terapia respiratoria en el área hospitalaria (Unidad de recién nacidos, básicos, aislados, salas de partos, salas de cirugía). 200 actividades facturables y 438 actividades no facturables; Registre en el mes 269 pacientes con soporte de oxígeno. Se realizaron 15 actividades educativas al paciente y al cuidador. 151 pacientes, con 913 objetivos terminados, 907 realizados, para un total 99% de objetivos cumplidos.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 8390523551	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	\$ 185.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/10	\$ 36.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 221.700

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	<div><div>MARLENI RODRIGUEZ FONSECA PS_2896_2025_310AC2</div><hr/>MARLENI RODRIGUEZ FONSECA CC: 51904863</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_2896_2025_310AC2</div><hr/>ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>