

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL			CC:	52054741
CORREO ELECTRÓNICO:	CLAUDIAROCIOLATORRE@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3123516423
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3 ESTE # 9A 85			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480362642
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1075 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.843.840	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31				
<div><div>CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL PS_1075_2026_1DD6B8</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL CC: 52054741 CEL: 3123516423</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL				
CON C.C N°		52.054.741		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS 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 1075 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	192	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.894.880	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.843.840	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
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	1.SE REALIZAN 246 SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, PROCURANDO EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD EN CADA PACIENTE			
2	2. BRINDE ATENCION PERSONALIZADA Y ADAPTADA A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, CUMPLI CON LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DE ATENCION PARA GARANTIZAR QUE LA ATENCION SEA PERTINENTE Y EFECTIVA, DOCUMENTE EN LA HISTORIA CLINICA TODAS LAS 467 SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ATENCION BRINDADA CON REPORTE DE LO HECHO EN LA ATENCION.			
3	3. CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE, INCLUYENDO LOS REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TECNICOS, CIENTIFICOS Y DISCIPLINARIOS, CONOZCO Y CUMPLO LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES ASIGNADOS DE LA ESTRUCTURA ORGANICA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, ADEMAS CONOZCO Y CUMPLO LA VISION Y MISION DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.			
4	4. REALICE 246 ACTIVIDADES FACTURABLES EFECTUANDO 235 TERAPIAS RESPIRATORIAS, 8 MUESTRAS DE GASES ARTERIALES, 3 MICRONEBULIZACIONES Y ACTIVIDADES NO FACTURABLES EJECUTANDO 395 ACTIVIDADES NO FACTURABLES ,199 OXIMETRIAS, RESPONDIENDO 2 INTERCONSULTAS, ATENDIENDO 2 PACIENTES DE TRAQUEOSTOMIA, REALIZANDO 17 CAMBIOS DE FIJACIONES, 20 CAMBIOS DE INSUMOS, 6 REGISTROS EN FORMATO DE GASES ARTERIALES, LLEVANDO 27 REGISTROS DE PARAMETROS VENTILATORIOS, REALIZANDO 118 REGISTROS EN FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, 6 PACIENTES EN EDUCACION , ALCANZANDO OBJETIVOS DE TRATAMIENTOS TERMINADOS EN 35 PACIENTES EQUIVALENTES AL 88 % DE ESTOS.			
5	6. ENTREGO EL INFORME DE PRODUCCION MENSUAL JUNTO CON LOS OBJETIVOS EL DIA 06 DE FEBRERO DEL 2026, REALIZO EL DILIGENCIAMIENTO DEL DRIVE ADJUNTANDO LAS EVIDENCIAS DE LA INFORMACION ENTREGADA PARA CONSOLIDACION DE INDICADORES MENSUALES .			
6	7. REALICE REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD DE 467 HISTORIAS CLINICAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL CON LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.			
7	9. GARANTICE LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.			
8	23. CUMPLI CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, DILIGENCIAMIENTO DE LOS RESPECTIVOS FORMATOS DE PAQUETES DE MEDIDAS , LIMPIEZA Y DESINFECCION DE EQUIPOS.			
9	24. ASISTI A LA UMHES SANTA CLARA AL SERVICIO DE ADULTOS DURANTE TODO EL MES PARA LA EJECUCION DE MI LABOR COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA.			
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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9500175465	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/03/16	\$ 219.800	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/16	\$ 281.300	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/16	\$ 42.900	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 544.000	

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>CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL PS_1075_2026_1DD6B8</div><div>CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL CC: 52054741</div></div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_1075_2026_1DD6B8</div><div>ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 3 este # 9a - 85	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-02	2026-02	139037470		9500175465	I	2026/03/10	2026/03/16	BANCO DAVIVIENDA	\$579,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	52054741	LATORRE CLAUDIA	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,750,905	\$35,100	14-7	30	\$1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 3 este # 9a - 85	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	139037470	9500175465	I	2026/03/10	2026/03/16	BANCO DAVIVIENDA	6	\$579,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,100	\$0	\$281,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$1,100	\$0	\$281,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$900	\$0	\$219,800	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$900	\$0	\$219,800	
TOTAL				1	\$576,900	\$2,400	\$0	\$579,300	