

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

LIDA JIMENA ESPEJO

CON C.C N°

52.361.918

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 3262 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/19

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 12.784.772 **No. HORAS EJECUTADAS** 204

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 12.784.772 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 4.084.080

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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 | Conozco y cumpla con las políticas y procedimientos establecidos por la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumpla los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumpla la visión y misión de la Subred Centro Oriente |
| 2 | Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente |
| 3 | He garantizado la integridad y el correcto uso de los elementos, equipos y recursos de la subred centro oriente, dentro del cumplimiento de mis funciones |
| 4 | Asistí a la capacitación del equipo
***** 05/03/2026 Fortalecimiento técnico en sarampión SDS.
**** 13/03/2026 Pretest y Postest Protocolo manejo asistencial de Terapia Respiratoria en Fibrobroncoscopia.
*** 19/03/2026 Encuesta sociográfica |
| 5 | Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornada |
| 6 | Diligencie formatos de limpieza y desinfección |
| 7 | Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección. |
| 8 | CUMPLI MIS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD DE SALUD ASIGNADA POR MI SUPERVISOR DE CONTRATO Y SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO |

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° 9500019235	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/17	\$ 220.600

PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/17	\$ 282.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/03/17	\$ 43.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 546.100

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 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	 <p><i>LIDA JIMENA ESPEJO</i> <i>PS_3262_2026_C7213E</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>LIDA JIMENA ESPEJO CC: 52361918</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</i> <i>PS_3262_2026_C7213E</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LIDA JIMENA ESPEJO		CC:	52361918
CORREO ELECTRÓNICO:	JIMEESPEJO78@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3102307695
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV CARACAS 1 05		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 006270508705

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3262 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.084.080
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		



LIDA JIMENA ESPEJO
PS_3262_2026_C7213E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LIDA JIMENA ESPEJO

CC: 52361918

CEL: 3102307695

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52361918		ESPEJO LIDA JIMENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CARACAS N° 1-05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

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	147360104	9500019235	I	2026/03/05	2026/03/17	NEQUI	12	\$546,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	52361918	ESPEJO LIDA	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$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 52361918		ESPEJO LIDA JIMENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CARACAS N° 1-05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	11111111	No

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	147360104	9500019235	I	2026/03/05	2026/03/17	NEQUI	12	\$546,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$2,200	\$0	\$282,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$2,200	\$0	\$282,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$400	\$0	\$43,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$400	\$0	\$43,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,700	\$0	\$220,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$1,700	\$0	\$220,600	
TOTAL				1	\$541,800	\$4,300	\$0	\$546,100	