

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	180
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.784.772	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.603.600
---	---------------	--	--------------

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 | Realice 181 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria. |
| 2 | 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. |
| 3 | Se aplicaron 161 objetivos con un cumplimiento del 88%
Realice 181 Actividades facturables:
Se atendieron 181 pacientes, 181 terapia respiratoria.
Realice 191 Actividades NO facturables:
165 Registro pacientes con oxígeno, 171 oximetrías, 4 toma de muestra respiratorias, 11 de limpieza y desinfección ventiladores Y/O equipos, 5 educación paciente y familiar. |
| 4 | Realice 5 actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica. |
| 5 | Entrega de informe de producción mensual y objetivos (9 Abril 2026), Se subieron evidencias al drive desde el 9 de Abril 2026 y se registra a diario el informe de producción. |
| 6 | Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente. |
| 7 | 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.. |
| 8 | PARTICIPÓ ACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE APOYO TERAPÉUTICO (CAPACITACIONES, REUNIONES, REALIZACIÓN DE ENCUESTAS). |
| 9 | HE PARTICIPADO EN LA SOCIALIZACIÓN Y MEDICIÓN DE ADHERENCIA DEL PROTOCOLO MANEJO DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL EL DIA 22/04/2026. |
| 10 | ASISTÍ A LAS CAPACITACIONES EN EQUIPO:
*** 10/04/2026 PRETEST Y POSTEST PROTOCOLO DE SUCCIÓN Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA
*** 13/04/2026 PRETEST Y POSTEST PROTOCOLO TOMA Y PROCESAMIENTO DE GASES ARTERIALES.
*** 14/04/2026 PRETEST Y POSTEST PROTOCOLO MANEJO DE INHALOTERAPIA Y AEROSOLTERAPIA,
*** 16/04/2026 PRETEST Y POSTEST PROTOCOLO MANIOBRAS DE TERAPIA RESPIRATORIA.
*** 17/04/2026 PRETEST Y POSTEST PROTOCOLO PASO DE VENTILADOR A TIENDA DE TRAQUEOSTOMÍA,
*** 20/04/2026 PRETEST Y POSTEST PROTOCOLO APLICACIÓN DE TÉCNICAS EN TERAPIA RESPIRATORIA COMO PARTE DE REHABILITACION PULMONAR.
*** 21/04/2026 PRETEST Y POSTEST PROTOCOLO DE SUCCIÓN E HIGIENE BRONQUIAL.
*** 22/04/2026 PRETEST Y POSTEST PROTOCOLO MANEJO DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL..
*****22/04/2026 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD CENSO PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (SUBREDES).
*****23/04/2026 ENCUESTA FATIGA LABORAL.
*****28/04/2026 PRETEST Y POSTEST PROTOCOLO MANEJO DE MAQUINA DE GASES. |
| 11 | Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornada |
| 12 | Diligencie formatos de limpieza y desinfección. |

13 Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección.

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9501773868	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/14	\$ 219.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/14	\$ 281.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/14	\$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 544.100

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



LIDA JIMENA ESPEJO

PS_3262_2026_8A0127

LIDA JIMENA ESPEJO

CC: 52361918

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



ANGELA MARIA MENDOZA MESA

PS_3262_2026_8A0127

ANGELA MARIA MENDOZA MESA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

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	\$ 3.603.600
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



LIDA JIMENA ESPEJO
PS_3262_2026_8A0127

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
2026-03	2026-03	223038265	9501773868	I	2026/04/08	2026/04/14	NEQUI	6	\$544,100

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
2026-03	2026-03	223038265	9501773868	I	2026/04/08	2026/04/14	NEQUI	6	\$544,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,200	\$0	\$281,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$1,200	\$0	\$281,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$900	\$0	\$219,800	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$900	\$0	\$219,800	
TOTAL				1	\$541,800	\$2,300	\$0	\$544,100	