

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ		CC:	1026283456	
CORREO ELECTRÓNICO:	JESSICA. MICHELY@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3167174902	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 45 A SUR 8A 05 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24065233663

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1187 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.603.600
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ
PS_1187_2026_056DE0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ

CC: 1026283456

CEL: 3167174902

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

JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ

CON C.C N°

1.026.283.456

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 1187 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 14.894.880 **No. HORAS EJECUTADAS** 180

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14.894.880 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.603.600

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL LA VICTORIA

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 512 ACTIVIDADES DE TERAPIA RESPIRATORIA EN EL AMBITO DE HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA Y ALA A
2. REALICE RESPUESTA A INTERCONSULTAS, BRINDE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y ADAPTADA A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PARA GARANTIZAR QUE LA ATENCIÓN SEA PERTINENTE Y EFECTIVA, DOCUMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA TODAS LAS SESIONES DE TERAPIA DE LA ATENCIÓN BRINDADA CON REPORTE DE LO HECHO EN LA ATENCIÓN
3. CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION CENTRO ORIENTE, INCLUYENDO LOS REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, CONOZCO Y CUMPLO LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES ASIGNADOS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZADA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, ADEMÁS CONOZCO Y CUMPLO LA VISIÓN Y MISIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
4. REALICE TERAPIAS RESPIRATORIA: 496 TERAPIA RESPIARTORIA ,0 NEBULIZACION , 16 GASES ,177 OXIMETRIAS , PARA UN TOTAL DE 512 ACTIVIDADES HOSPITAL VICTORIA Y PACIENTES CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
5. 496 TERAPIAS RESPIRATORIAS: ; CON UN TOTAL DE ACTIVIDADES FACTURABLES DE 512
6. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL (4/05/2025), ENTREGA DE OBJETIVOS (4/05/2026) DILIGENCIAMIENTO DE EVIDENCIA EN DRIVE (6/05/2026)
7. REALICE REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.
8. GARANTICE LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
9. SE REPORTAN SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS MECANISMOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
10. REALICE CURSO DE CONFLICTO DE INTERES EN EL AULA IRTUAL CON EVIDENCIA EN DRIVE 26/05/2026
11. CUMPLI CON ACCIONES DE MEJORA.
12. CUMPLÍ CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN
13. 13 ASISTI A LA UNIDAD DE VICTORIA CUMPLIENDO MI ROTACION EN HOSPITALIZACION EN EL MES DE MAYO.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 6019745651	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 219.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/12	\$ 280.300
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/12	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 542.000

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	 <p style="text-align: center;"><i>JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ</i> <i>PS_1187_2026_056DE0</i></p> <hr style="width: 60%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ CC: 1026283456</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: center;"><i>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</i> <i>PS_1187_2026_056DE0</i></p> <hr style="width: 60%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026283456	NÚMERO PLANILLA:	6019843531	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	DG 45 SUR # 18A 05 ESTE	TELÉFONO:	4407134	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	378830700
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.300	\$ 0	\$ 0	\$ 280.300
SUBTOTALES:										\$ 280.300	\$ 0	\$ 0	\$ 280.300

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000
SUBTOTALES:										\$ 219.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	
SUBTOTALES:										\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 10.600	\$ 0	\$ 10.600								
SUBTOTALES:					\$ 10.600	\$ 0	\$ 10.600						

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																											
DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL								SALUD								ARP								PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																													SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																ADMIN	DÍAS COT					ADMIN	TOTAL APOORTE	ADMIN	TOTAL APOORTE	ADMIN	TOTAL APOORTE
1	CC 1026283456	MICHELÍ LOPEZ JESICA VIVIANA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 2.443.000			NO							01-30										230301-PORVENIR	30	1.751.500	\$ 280.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.300	EPS008-COMPENSAR	30	1.751.500	\$ 219.000	\$ 0	\$ 219.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.751.500	\$ 10.600	\$ 42.700	30	1.751.500	SCCF24-COMPENSAR	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0						

TOTAL PAGADO: \$ 552.600