

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS				
CON C.C N°			52.827.978	
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 1076 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	180	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.258.240	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.603.600	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS			
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 327 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 136 objetivos con un cumplimiento del 95% Realice 359 Actividades facturables: Se atendieron 296 pacientes, 327 terapia respiratoria, 4 gases arteriales, 43 Micronebulizaciones Realice 370 Actividades NO facturables: 238 Registró pacientes con oxígeno, 296 oximetrías, 14 toma de muestra respiratorias, 3 registro formato de gases arteriales, 50 de limpieza y desinfección ventiladores Y/O equipos, 7 educación paciente y familiar.			
4	Realice 7 actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica.			
5	Entrega de informe de producción mensual y objetivos (4 junio 2026), Se subieron evidencias al drive desde el 4 de junio 2026 y se registra a diario el informe de producción. Envío indicadores de sala el 18 de junio del 2026.			
6	Realice registro completo y con calidad de 613 Historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.			
7	Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente			
8	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.			
9	PARTICIPÓ ACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE APOYO TERAPÉUTICO (CAPACITACIONES, REUNIONES, REALIZACIÓN DE ENCUESTAS).			
10	ASISTÍ A LAS CAPACITACIONES EN EQUIPO: *** 15 junio 2026 Censo para los prestadores de servicios de la salud **26/06/2026 FORTALECIMIENTO TECNICO IRA			
11	Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornadas			
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		

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS			CC:	52827978
CORREO ELECTRÓNICO:	DBERNAL.IPS.HCO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3142314222
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48Z SUR 5D- 64			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004470487861
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1076 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.603.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS PS_1076_2026_6C6B59 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS CC: 52827978 CEL: 3142314222					

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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-01) AL (2026-06-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9505624216	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
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		 DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS PS_1076_2026_6C6B59 DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS CC: 52827978	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_1076_2026_6C6B59 ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO	

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																										
Identificación			dv	Razon Social						Clase Aportante					Sucursal Principal			Direccion			Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																
CC 52827978				BERNAL CAMPOS DIANA ROCIO						INDEPENDIENTE					PRINCIPAL			cll 48 z. no. 5 d 64 sur			BOGOTA-BOGOTA D.E.			7720937		Si																
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																										
Periodo			Clave						Tipo		Fecha					Pago																										
Pensión		Salud	Pago			Planilla			Planilla		Limite		Pago		Banco			Dias Mora		Valor																						
2026-05		2026-05	379296600			9505624216			I		2026/06/19		2026/06/10		BANCO DAVIVIENDA			0		\$552,400																						
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES									
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
1	CC	52827978	BERNAL DIANA																			25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,750,905	\$10,600	14-7	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	30	\$0	No	
Total Afiliados(1)																																										

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,600	\$0	\$0	\$10,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$10,600	\$0	\$0	\$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$552,400	\$0	\$0	\$552,400