

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LUISA FERNANDA PINZON GOMEZ

CON C.C N° 1.024.554.821

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 1161 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 373 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria
2	Realice respuesta de (1) interconsulta, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades pacientes, cumpli con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
3	Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente
4	Se aplicaron 105 Objetivos con un cumplimiento del 95% Realice 389 Actividades facturables: se atendieron 313 pacientes, 373 terapias respiratorias, 16 gases arteriales, Realice: 358 Actividades NO facturables: 327 registro pacientes con oxígeno, 311 oximetrías, 1 respuesta de interconsulta, 2 toma de muestra respiratoria, 10 registro formato gases arteriales, 2 formato parámetros ventilatorios, 32 limpieza y desinfección,
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.
6	Realice registro completo y con calidad de 719 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 usos de los elementos, equipos y recursos de la subred centro oriente. dentro el cumplimiento de mis funciones.
9	PARTICIPÓ ACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE APOYO TERAPÉUTICO (CAPACITACIONES, REUNIONES, REALIZACIÓN DE ENCUESTAS).
10	ASISTI A LAS CAPACITACIONES EN EQUIPO: *** 10 junio 2026 Censo para los prestadores de servicios de la salud
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	
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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 86211972	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	\$ 218.900	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	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 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	<i>LUISA FERNANDA PINZON GOMEZ</i> <i>PS_1161_2026_FF33C6</i> LUISA FERNANDA PINZON GOMEZ CC: 1024554821
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<i>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</i> <i>PS_1161_2026_FF33C6</i> ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUISA FERNANDA PINZON GOMEZ			CC:	1024554821
CORREO ELECTRÓNICO:	LPINZONGD@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3185303205
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 ESTE # 46B 35			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	6882086536
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1161 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				
 LUISA FERNANDA PINZON GOMEZ PS_1161_2026_FF33C6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUISA FERNANDA PINZON GOMEZ CC: 1024554821 CEL: 3185303205					



SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-06-11, 06:30:17 AM Tipo Planilla I Número Planilla 86211972
Periodo Cotización 202605 Periodo Servicio 202605
Cliente:

PAGADA 2026-06-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUISA FERNANDA PINZON GOMEZ				
Documento	CC 1024554821		Dirección	CR 13 ESTE #46 B - 35	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	3185303205	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	SOACHA		Departamento	CUNDINAMARCA	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024554821		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					PINZON GOMEZ LUISA FERNANDA	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales														
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días CCR	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPE	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF				
															0	30	30	30	30	30					\$ 1.750.905			230301		16 %	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	EPS008		12,5 %	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	14-11	3	2.436 %	\$ 1.750.905	\$ 42.700	CCF24	2 %	\$ 1.750.905	\$ 35.100	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

