

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	WUILMER ORTIZ URREGO			CC:	80211446
CORREO ELECTRÓNICO:	WUILMORUGO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3223357005
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 18 24 F 13			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0000008400754118
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1081 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				
 WUILMER ORTIZ URREGO PS_1081_2026_75F2A6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: WUILMER ORTIZ URREGO CC: 80211446 CEL: 3223357005					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
WUILMER ORTIZ URREGO				
CON C.C N°			80.211.446	
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 1081 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	180	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.738.720	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.603.600	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
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	Actividad 1 Realice 276 procedimientos de terapia respiratoria en el ámbito hospitalario UCI según las necesidades del paciente			
2	Actividad 2 Cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar una atención pertinente y efectiva documentada en las historias clínicas del paciente			
3	Actividad 3 Conozco y cumplo con las políticas y los procedimientos establecidos en la Subred Centro Oriente			
4	Actividad 4 Realice el registro de 276 actividades de las actividades de Terapia respiratoria: 237 de terapia Respiratoria, 39 de toma de gases arteriovenosos, 241 oximetrías, registre 204 oxígenos, 208 desinfecciones cumpliendo con 84% objetivos			
5	Actividad 5 Realice los tratamientos establecidos 237 Terapias respiratorias y 39 Gases arteriovenosos según la patología del paciente			
6	Actividad 6 Entregue los informes de productividad mensual con sus objetivos e indicadores el 2 de Junio del año 2026			
7	Actividad 7 Registre el registro en las historias clínicas según lo establecido en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred de servicios de salud Centro Oriente			
8	Actividad 8 Realice los formatos de contingencia según necesidades operacionales según si halla la necesidad			
9	Actividad 9 Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente			
10	Actividad 10 Utilice racionalmente todos los días los recursos de la subred y garantice el adecuado funcionamiento de los equipos			
11	Actividad 11 Cumplí con las políticas institucionales de gestión acreditación y seguridad del paciente			
12	Actividad 12 Estoy dispuesto a participar en las reuniones programadas por la institución			
13	Actividad 13 Implemente las guías, manuales y protocolos establecidas por la institución en lo correspondiente a Terapia Respiratoria			
14	Actividad 14 Apoye las actividades según las demandas del Hospital			
15	Actividad 15 Estaré dispuesto a la respuesta de requerimiento solicitadas por el servicio correspondiente a Terapia Respiratoria			
16	Actividad 16 Cumpló con la Facturación de los procedimientos de Terapia Respiratoria para que se evite glosas como la Facturación de Terapias Respiratorias, Gases arteriovenosos y cobro de oxígenos			
17	Actividad 17 Notifico los procesos de seguridad del paciente si se llegaron a presentar			
18	Actividad 18 Apoyo si fuese necesario actividades para el desarrollo de recurso humano en salud			
19	Actividad 19 Asistir a capacitaciones virtuales o presenciales según los requerimientos de la institución			
20	Actividad 20 Informar al líder de apoyo terapéutico y rehabilitación permisos, cambios de turno			
21	Actividad 21 Implemente las acciones correctivas dadas por el líder de apoyo terapéutico y rehabilitación como las directivas que se tienen que cumplir cuando se evoluciona en una historia clínica			
22	Actividad 22 Implemente las actividades de mejora para mejorar los procesos asistenciales en el Hospital			
23	Actividad 23 Cumplir con las normas de bioseguridad y procesos de limpieza y desinfección diariamente establecidos por la institución como la limpieza diaria de los ventiladores, el adecuado desecho de los insumos médicos, entre otros			
24	Actividad 24 Realice las actividades en la Subred Centro Oriente según las directrices de la líder de terapia y rehabilitación			
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° 8391226567	OPERADOR:	MI PLANILLA
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 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	 WUILMER ORTIZ URREGO PS_1081_2026_75F2A6 WUILMER ORTIZ URREGO CC: 80211446
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_1081_2026_75F2A6 ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): WUILMER ORTIZ URREGO
No. Identificación: CC80211446
Dirección: CALLE18 SUR 24F-13
Telefono: 7293177
Correo: wuilmorugo@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8391226567

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	WUILMER ORTIZ URREGO
Tipo y número de identificación	CC80211446
Número de planilla	8391226567
Fecha pago	2026-06-10
Número de autorización pago	1000000048
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	541800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	42700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	280200	1
EPS008	Compensar EPS	218900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80211446
APELLIDOS Y NOMBRES: WUILMER ORTIZ URREGO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0