

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ PS_1187_2026_B149B7 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:	\$ 18.498.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.603.600
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
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	1. REALICE 411 ACTIVIDADES DE TERAPIA RESPIRATORIA EN EL AMBITO DE UCI ADULTO
2	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	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	4. REALICE TERAPIAS RESPIRATORIA: 390 TERAPIA RESPIARTORIA ,0 NEBULIZACION , 21 GASES ,244 OXIMETRIAS , PARA UN TOTAL DE 411 ACTIVIDADES HOSPITAL VICTORIA Y PACIENTES CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
5	5. 390 TERAPIAS RESPIRATORIAS: ; CON UN TOTAL DE ACTIVIDADES FACTURABLES DE 411
6	6. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL (1/06/2025), ENTREGA DE OBJETIVOS 1/06/2026) DILIGENCIAMIENTO DE EVIDENCIA EN DRIVE (1/06/2026)
7	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	8. GARANTICE LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
9	9. SE REPORTAN SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS MECANISMOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
10	SE REALIZA EDUCACION A 11 PACIENTES SOBRE TRATAMIENTO, SIGNOS DE ALARMA , CON EVIDENCIA EN DRIVE
11	10. 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 JUNIO.

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, <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° 6019843531	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	\$ 219.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 280.300
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/10	\$ 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 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		 JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ PS_1187_2026_B149B7 JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ CC: 1026283456	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_1187_2026_B149B7 ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026283456
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		DEPARTAMENTO:	YESSICA VIVIANA MICHEL Y LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN:	DG 45 SUR # 18A 05 ESTE	TÉLEFONO:	4407134
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	6023814633		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/07/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	471272682

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000	\$ 0	\$ 320.000
SUBTOTALES:										\$ 320.000	\$ 0	\$ 320.000

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	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000
SUBTOTALES:									\$ 250.000				\$ 250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000

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	\$ 48.800	\$ 48.800	\$ 0	\$ 0	\$ 48.800
SUBTOTALES:									\$ 48.800	\$ 0	\$ 0	\$ 48.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 12.000	\$ 0	\$ 12.000
SUBTOTALES:			\$ 12.000	\$ 0	\$ 12.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																													
DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES											SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TOE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SEGURIDAD SOCIAL								ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO			TOTAL APORTE	DÍAS COT					IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											
1	CC 1026283456	MICHELÍ LOPEZ JESICA VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 2.443.000				NO								01-30										230301-PORVENIR	30		\$ 2.000.000	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 320.000	EPS008-COMPENSAR	30		\$ 2.000.000	\$ 250.000	\$ 0	\$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30		\$ 2.000.000	\$ 1026283456	\$ 48.800	30		\$ 2.000.000	CCCF24-COMPENSAR	\$ 12.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL PAGADO:	\$ 630.800
----------------------	-------------------