SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
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					
Nº 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:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ
PS_1187_2026_6D6F76

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ
CC: 1026283456
CEL: 3167174902

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

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:	$ 33.393.360	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.603.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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 222 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: 241 TERAPIA RESPIARTORIA ,0 NEBULIZACION , 28 GASES , 236 OXIMETRIAS , PARA UN TOTAL DE 222 ACTIVIDADES HOSPITAL VICTORIA Y PACIENTES CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
5	5. 241 TERAPIAS RESPIRATORIAS: ; CON UN TOTAL DE ACTIVIDADES FACTURABLES DE 222
6	6. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL (25/09/2025), ENTREGA DE OBJETIVOS 25/09/2026) DILIGENCIAMIENTO DE EVIDENCIA EN DRIVE (25/09/2026
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	10. CUMPLI CON ACCIONES DE MEJORA
11	CUMPLÍ CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN
12	13 ASISTI A LA UNIDAD DE VICTORIA CUMPLIENDO MI ROTACION EN UCI ADULTO EN EL MES DE SEPTIEMBRE
13	14 ASISTI A LA CAPACITACION DE LAVADO DE MANOS Y SE SUBE EVIDENCIA EN DRIVE EN EL MES DE SEPTIEMBRE.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6032008291	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/10	$ 250.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/10	$ 320.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/10	$ 48.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 618.800

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	*JESICA VIVIANA MICHELI LOPEZ* *PS_1187_2026_6D6F76* **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_6D6F76* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026283456
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YESSICA VIVIANA MICHELY LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DG 45 SUR # 18A 05 ESTE	TELÉFONO:	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:	**6035977171**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/10/13			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	734988507		

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**	**$ 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						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP														
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1026283456	MICHELI LOPEZ JESICA VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN 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	102628345	$ 48.800	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 12.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 630.800

Planilla Pagada