



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-22, 02:52:49 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074244548

Periodo Cotización:

agosto de 2025

Periodo Servicio:

agosto de 2025

Referencia pago

8810263747

## PAGADA 12/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                           |                |                                |
|---------------------|---------------------------|----------------|--------------------------------|
| Razón Social        | ALICIA MARIA GAITAN URIBE |                |                                |
| Documento           | CC21069303                | Dirección      | CRA 14B#161 54 TORRE 5APTO 802 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE             | Teléfono       | 6736113                        |
| Tipo Persona        | NATURAL                   | Forma          | ÚNICO                          |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.               | Departamento   | BOGOTA D.C.                    |
| Representante Legal |                           | Identificación |                                |
| Total Afiliados     | 1                         | ARP            | SEGUROS BOLIVAR                |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado |                           |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud    |          |          | Riesgos        |                      |                | Cajas          |                        |              | Parafiscales |             |                |                | Total                 |             |             |             |      |                   |       |           |
|----------------|---------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----------|----------|----------|----------------|----------------------|----------------|----------------|------------------------|--------------|--------------|-------------|----------------|----------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|-----------|
| Identificación | Apellidos y Nombres       | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COB | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP       | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días CCF | Administradora | IBC Pensión          | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud              | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja              | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |           |
| CC 21069303    | ALICIA MARIA GAITAN URIBE | 59             | 2                 |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     | 0        | 0        | 30       | 30             | (NIN-AF) NINGUNA AFP | \$0            | \$0            | (EPS008) COMPENSAR EPS | \$1,423,500  | \$178,000    | 2.436       | \$1,423,500    | \$34,700       | (CCF24) COMPENSAR CCF | \$1,423,500 | \$28,500    | \$0         | \$0  | \$0               | \$0   | \$241,200 |

### III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud   | IBC Riesgos | IBC Cajas   | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$0         | \$1,423,500 | \$1,423,500 | \$1,423,500 | \$0             | \$178,000     | \$34,700        | \$28,500      | \$0          | \$0          | \$0          | \$0                   | \$0  | \$0               | \$241,200                      | \$0                     | \$241,200   |

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

|                          |                           |                 |           |            |              |
|--------------------------|---------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | ALICIA MARIA GAITAN URIBE |                 | CC:       | 21069303   |              |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | ALICIAMGAITAN@YAHOO.ES    |                 | TELÉFONO: | 3185454887 |              |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | KR 14B 161 54 TO5 AP 802  |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |              |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A.     | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 450570010709 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|  |                              |                                |            |         |   |   |
|--|------------------------------|--------------------------------|------------|---------|---|---|
| N° DEL CONTRATO:   | PS 3015 2025                 | N° CDP:                        | 0          | N°. RP: | 0 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: SEIS (6) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                       | 2025/01/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/06/30 |         |   |   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                       | DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31 |                                |            |         |   |   |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO |                              |                                |            |         |   | \$ 660.120  |



ALICIA MARIA GAITAN URIBE  
PS\_3015\_2025\_6BE6FD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALICIA MARIA GAITAN URIBE

CC: 21069303

CEL: 3185454887

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**ALICIA MARIA GAITAN URIBE**

CON C.C N°

21.069.303

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO CITOTECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 3015 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/01/01</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |              |                             |           |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 8.449.536 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>60</b> |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------|

|   |              |  |            |
|---|--------------|--|------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 8.449.536 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 660.120 |
|---|--------------|--|------------|

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** SEIS (6) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SAN BLAS

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

**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 | Realicé la lectura microscópica de citologías vaginales del día, identificando hallazgos celulares y clasificándolos según el sistema Bethesda.                |
| 2 | Ingresé al sistema institucional las láminas con hallazgos sospechosos o positivos para revisión y confirmación diagnóstica por parte del patólogo.            |
| 3 | Correlacioné las láminas devueltas por el patólogo con los respectivos protocolos, verificando observaciones y ajustes diagnósticos cuando aplicaba.           |
| 4 | Revisé la transcripción de datos de los informes finales, ase gurando que coincidieran con la información de los protocolos físicos y digitales.               |
| 5 | Utilicé de forma racional los reactivos, portaobjetos y colorantes durante las jornadas, evitando desperdicios y promoviendo el uso eficiente de los recursos. |
| 6 | Apliqué los protocolos de bioseguridad en la manipulación de muestras, el uso de guantes y la desinfección del área de trabajo al finalizar la jornada.        |
| 7 | Realicé el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, aplicando la técnica multimodal según protocolo de la OMS.                                   |
| 8 | Ejecuté mis funciones técnicas en el Hospital San Blas, conforme a la programación y asignación realizada por el supervisor.                                   |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

|                          |                 |                      |                     |
|--------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|
| <b>No. DE PLANILLA:</b>  | N° 1074244548   | <b>OPERADOR:</b>     | SIMPLE              |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b> | <b>ENTIDAD</b>  | <b>FECHA DE PAGO</b> | <b>VALOR PAGADO</b> |
| SALUD:                   | COMPENSAR       | 2025/08/12           | \$ 178.000          |
| PENSIÓN:                 | SIN DATO        | 2025/08/12           | \$ 0                |
| RIESGOS LABORALES:       | SEGUROS BOLIVAR | 2025/08/12           | \$ 34.700           |
| OTRO                     |                 |                      |                     |

## 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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



ALICIA MARIA GAITAN URIBE

PS\_3015\_2025\_6BE6FD

ALICIA MARIA GAITAN URIBE

CC: 21069303

FIRMA DE QUIEN VALIDA



CATHERINE LUGO CRISTIANO

PS\_3015\_2025\_6BE6FD

CATHERINE LUGO CRISTIANO

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

PS\_3015\_2025\_6BE6FD

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO