

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA GARCIA GUZMAN		CC:	52093686	
CORREO ELECTRÓNICO:	GARCIADIANITA21@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3132351964	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2A N° 17A- 35SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Helm Bank)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007031721

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5675 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.005.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



DIANA GARCIA GUZMAN
PS_5675_2025_03538A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA GARCIA GUZMAN

CC: 52093686

CEL: 3132351964

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

DIANA GARCIA GUZMAN

CON C.C N°

52.093.686

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5675 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/05
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.852.032	No. HORAS EJECUTADAS	270
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.578.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.005.100
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTE Y SIETE (27) DÍAS
--	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA
-------------------------------	-------------------------------

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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingresar datos al sistema de información interno de los pacientes que se les toma muestras de Consulta Externa. 2. Entregar resultados a los pacientes que lo requieren en físico. 3. Tomar muestras en las Sede que el Coordinador indique 4. Recibir muestras de otras sedes, traídas por los mensajeros. 5. Realizar limpieza y desinfección de las secciones asignadas, incluye las neveras. 6. Realizar limpieza terminales los fines de semana de las áreas asignadas. 7. Embalaje de las muestras de TBC. 8. Funciones de patín: Apoyo a las áreas que lo requieran, (montar orinas y coproscópicos y coprológicos). 9. Asistir a las capacitaciones y reuniones programadas. 10. Toma de muestras: Cumplir con el protocolo pertinente, incluye verificación de los correctos. 11. Dar indicaciones de preparación a los pacientes que pregunten. 12. Lavado de manos según protocolo. 13. Cumplir con las técnicas de asepsia y antisepsia
---	--

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1075585005	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 177.938
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 34.677

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.375
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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	<div style="text-align: center;">  <p><i>DIANA GARCIA GUZMAN</i> <i>PS_5675_2025_03538A</i></p> <hr/> <p>DIANA GARCIA GUZMAN CC: 52093686</p> </div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div style="text-align: center;">  <p><i>MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA</i> <i>PS_5675_2025_03538A</i></p> <hr/> <p>MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> </div>		

