

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA PAULA GUEPENDO USCATEGUI	CC:	1026305142		
CORREO ELECTRÓNICO:	MGUEPENDOU@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3006355549		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 41 SUR 3C 75 ESTE	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91227148409

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5370 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.934.560
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



MARIA PAULA GUEPENDO USCATEGUI
PS_5370_2025_B9420A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA PAULA GUEPENDO USCATEGUI

CC: 1026305142

CEL: 3006355549

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA PAULA GUEPENDO USCATEGUI

CON C.C N° **1.026.305.142**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO 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 5370 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/12
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.120.427	No. HORAS EJECUTADAS	210
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.127.216	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.934.560
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTE (20) DÍAS
--	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	-----------------------------

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 | 20. Revisión de la consulta externa y de hospitalización de hematología y microscopía.
21. Realización de laminas para posterior revisión
22. Validación de resultados del área de microscopía y toxicología.
23. Procesamiento de controle internos de calidad en hematología y coagulación
24. Diligenciamiento de los formatos obligatorios en cada turno
25. Adecuado manejo de elementos de bioseguridad y protección personal en las áreas asignadas |
|----------|---|

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° 1076419621	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 194.858
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	\$ 249.418
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 37.974
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 482.250

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 ibr 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



MARIA PAULA GUEPENDO USCATEGUI

PS_5370_2025_B9420A

MARIA PAULA GUEPENDO USCATEGUI

CC: 1026305142

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



MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

PS_5370_2025_B9420A

MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

SUPERVISOR DEL CONTRATO