

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA			CC:	20384941
CORREO ELECTRÓNICO:	LUSAFELO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3194094783
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 5 # 4 55			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO POPULAR	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	500804471670
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2856 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.371.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				



LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA
PS_2856_2025_7541A8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA
CC: 20384941
CEL: 3194094783

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA				
CON C.C N°		20.384.941		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO TECNICO DE PATOLOGIA 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 2856 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.868.000	No. HORAS EJECUTADAS	192	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.194.700	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.371.200	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO		
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	Recibí las muestras quirúrgicas de la subred y realicé su registro en el libro del laboratorio de patología para iniciar su trazabilidad.			
2	Transporté las muestras de patología de los diferentes hospitales hasta el laboratorio de patología, dejando constancia del traslado en el formato institucional.Revisé que en las salas quirúrgicas de los hospitales se contara con suficientes frascos, formol y demás elementos propios del servicio.			
3	Asistí a la reunión mensual del equipo de laboratorio, donde se discutieron los indicadores de calidad y mejoras en el proceso de recepción de muestras.Elaboré y envié el pedido mensual de papelería, e insumos propios del servicio.			
4	Verifiqué el estado de afiliación de los contratistas en el sistema de seguridad social y apoyé la validación de las cuentas de cobro mensuales.			
5	Archivé en carpetas codificadas las actas de reuniones y documentos de gestión, preparándolos para su posterior transferencia según el cronograma documental.			
6	Registré novedades del personal de planta como licencias y ausencias en el formato de control mensual, para su envío a talento humano.			
7	Orienté a un usuario sobre los documentos necesarios para acceder al servicio de patología, brindando atención clara y respetuosa.			
8	Apoyé la consolidación de las estadísticas mensuales de recepción de muestras y entregué los datos a la oficina de apoyo.			
9	Realicé la matrícula de los casos ingresados al área de macroscopia, asignando su respectivo número de identificación interno.			
10	Entregué los insumos solicitados por el área de histotecnologia, verificando su almacenamiento adecuado,			
11	Realicé el trámite ante Medicina Legal para la identificación de un cuerpo no reclamado, cumpliendo con las normas de bioseguridad y los registros requeridos.			
12	Realicé el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, aplicando la técnica multimodal según protocolo de la OMS.			
13	Apliqué los protocolos de bioseguridad al manipular residuos infecciosos, asegurando su disposición en los contenedores autorizados.			
14	Brindé atención cálida y respetuosa a los familiares de un paciente fallecido, explicándoles el proceso administrativo de entrega del cuerpo.			
15	Ejecuté mis funciones técnicas en el Hospital Santa Clara, conforme a la programación y asignación realizada por el supervisor.			
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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1077205435	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/11/12	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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	 LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA PS_2856_2025_7541A8 LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA CC: 20384941		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CATHERINE LUGO CRISTIANO PS_2856_2025_7541A8 CATHERINE LUGO CRISTIANO SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_2856_2025_7541A8 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-16, 09:06:57 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1077205435
Periodo Cotización 202510 Periodo Servicio 202510
Cliente:

PAGADA 2025-11-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA						
Documento	CC 20384941			Dirección	CLL 5 N 4 55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	8486182		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	CHOACHI			Departamento	CUNDINAMARCA		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 20384941		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					LOPEZ BOBADILLA LUISA FERNANDA	25181000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPTS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
															0				30	30	30	30	30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	COLMENA VIDA Y RIESGOS	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

