


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

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:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



DIANA GARCIA GUZMAN
PS_5675_2025_B99CBC

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:	\$ 16.695.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.005.100
---	---------------	--	--------------

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

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	<p>En mi labor me encargo de capacitar al personal de salud sobre la toma de muestra de TSH neonatal y de orientar a las maternas sobre su importancia. También realizo confirmación de datos a pacientes posparto, verifico la calidad de las muestras y apoyo las auditorías relacionadas con los filtros. Cuando es necesario, hago visitas domiciliarias para la toma de muestra del talón del recién nacido.</p> <p>Entrego estadísticas periódicas sobre las actividades realizadas y asisto al profesional en los procedimientos del laboratorio de genética. Además, preparo informes propios del área, cumpro con la limpieza y desinfección de equipos y apoyo en las actividades administrativas que requiera el servicio.</p> <p>Mantengo comunicación constante con el supervisor para reportar novedades, garantizo una atención humana y ética, y participo en la elaboración de informes finales. También cumpro con las normas, protocolos y reglamentos institucionales, asisto a capacitaciones y apoyo el sistema de calidad.</p> <p>Respondo por los elementos asignados, manejo la información con confidencialidad y diligencio todos los documentos requeridos. Mis actividades pueden realizarse en cualquier unidad de la Subred Centro Oriente, así como en los distintos hospitales del Distrito, según la asignación del supervisor.</p>
---	---

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076422590	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/14	\$ 178.000

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	\$ 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 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	 <p><i>DIANA GARCIA GUZMAN</i> <i>PS_5675_2025_B99CBC</i></p> <hr/> <p>DIANA GARCIA GUZMAN CC: 52093686</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA</i> <i>PS_5675_2025_B99CBC</i></p> <hr/> <p>MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO .pdf	PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO JULIO .pdf	PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO JULIO .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO .pdf .pdf	PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO .pdf .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 5675 2025 CRP-17310 .pdf	1 PS 5675 2025 CRP-17310 .pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 5675 2025 CRP-18599 .pdf	2 PS 5675 2025 CRP-18599 .pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE .pdf	PS 5675 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE .pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >