

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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	\$ 3.747.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



MARIA PAULA GUEPENDO USCATEGUI  
PS\_5370\_2025\_0C03E1

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5370 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/05/12</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 6.120.427	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>200</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 34.005.840	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.747.200
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	NUEVE (9) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1077990909	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/12	\$ 204.221
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/12	\$ 261.403
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/12	\$ 39.798
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 505.422</b>

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\_OC03E1*

**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\_OC03E1*

**MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**