

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA		CC:	53096884	
CORREO ELECTRÓNICO:	JENIPHER.RENGIFO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3214535627	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 11A 78 D 11		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400732056

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3024 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 748.136
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/15		



JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA  
PS\_3024\_2025\_9FD62F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA

CC: 53096884

CEL: 3214535627

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

**JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA**

CON C.C N°

53.096.884

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO CITOTECNOLOGO 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 3024 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/01/01

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

8.449.536

**No. HORAS EJECUTADAS**

68

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

8.640.240

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$

748.136

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

ONCE (11) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SAN BLAS

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

**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	Realicé la lectura microscópica de citologías vaginales del día, identificando hallazgos celulares y clasificándolos según el sistema Bethesda.
2	Ingresé al sistema institucional las láminas con hallazgos sospechosos o positivos para revisión y confirmación diagnóstica por parte del patólogo.
3	Correlacioné las láminas devueltas por el patólogo con los respectivos protocolos, verificando observaciones y ajustes diagnósticos cuando aplicaba.
4	Revisé la transcripción de datos de los informes finales, asegurando que coincidieran con la información de los protocolos físicos y digitales.
5	Utilicé de forma racional los reactivos, portaobjetos y colorantes durante las jornadas, evitando desperdicios y promoviendo el uso eficiente de los recursos.
6	Apliqué los protocolos de bioseguridad en la manipulación de muestras, el uso de guantes y la desinfección del área de trabajo al finalizar la jornada.
7	Realicé el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, aplicando la técnica multimodal según protocolo de la OMS.
8	Ejecuté mis funciones técnicas en el Hospital San Blas, conforme a la programación y asignación realizada por el supervisor.
9	Realice asistencia al laboratorio Citocentro los días 5, 18, 29

**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 (2025-12-15)

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

No. DE PLANILLA:	N° 6000123935	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/19	\$ 29.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/19	\$ 38.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/19	\$ 5.800
OTRO			

## 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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



JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA

PS\_3024\_2025\_9FD62F

JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA

CC: 53096884

FIRMA DE QUIEN VALIDA



CATHERINE LUGO CRISTIANO

PS\_3024\_2025\_9FD62F

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\_3024\_2025\_9FD62F

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO