

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA FANNY LILIANA PICON DIAZ		CC:	1013692047	
CORREO ELECTRÓNICO:	LILIPICONDIAZ@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3157128410	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 24D 11 80 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AGRARIO	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	424372051862

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3111 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.309.280
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



SANDRA FANNY LILIANA PICON DIAZ  
PS\_3111\_2025\_2A594D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
SANDRA FANNY LILIANA PICON DIAZ  
CC: 1013692047  
CEL: 3157128410

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

**SANDRA FANNY LILIANA PICON DIAZ**

**CON C.C N°**

**1.013.692.047**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO (A) 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 3111 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 14.988.800	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>230</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 55.121.312	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.309.280
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** TRECE (13) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN

**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	Cumpla mis turnos según la agenda programada con el supervisor y presto servicio en las distintas unidades de la Subred Centro Oriente este mes se realizo rotación en Victoria y Materno
2	Proceso y analizo pruebas de laboratorio, y reporto los resultados de manera oportuna y conforme a los procedimientos establecidos, garantizando precisión y cumplimiento de estándares técnicos
3	Velar por el cumplimiento y correcta aplicación de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental en el laboratorio clínico, garantizando el manejo seguro de muestras, reactivos y residuos biológicos
4	Participar activamente en procesos de capacitación, inducción, reuniones y demás eventos vinculados a sus funciones contractuales.

**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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 82752188	<b>OPERADOR:</b>	ARUS
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	NUEVA EPS	2026/01/05	\$ 221.200
<b>PENSIÓN:</b>	COLPENSIONES	2026/01/05	\$ 283.100
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/05	\$ 43.100
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 547.400</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**



*SANDRA FANNY LILIANA PICON DIAZ*

*PS\_3111\_2025\_2A594D*

**SANDRA FANNY LILIANA PICON DIAZ**

**CC: 1013692047**

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



*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA*

*PS\_3111\_2025\_2A594D*

**MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**