

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA VALENTINA BAUTISTA NIÑO		CC:	1000589423	
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURABAUTISTA9300@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3223830747	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2C 49 20 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	69043820109

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3113 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.721.472
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		



LAURA VALENTINA BAUTISTA NIÑO  
PS\_3113\_2025\_58595C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LAURA VALENTINA BAUTISTA NIÑO

CC: 1000589423

CEL: 3223830747

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

**LAURA VALENTINA BAUTISTA NIÑO**

**CON C.C N°**

**1.000.589.423**

**OBJETO DEL CONTRATO:** 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 3113 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>252</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 66.999.936	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.721.472
---	---------------	--	--------------

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

<b>ITEM</b>	<b>ACTIVIDADES DESIGANADAS DENTRO DEL TURNO Y COMO LIDER DEL SERVICIO DE GESTION PRETRANSFUSIONAL DE MI UNIDAD ASIGNADA, SE REALIZAN AUDITORIAS A CADA TRANSFUSIÓN, SE EVALUAN Y APLICAN TODOS LOS INDICADORES DE SERVICIO Y OPORTUNIDAD, ADEMÁS DE REALIZAR TODO EL MONTAJE DE CONTROLES INTERNOS Y EXTERNOS.</b>
-------------	--

**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>	<b>N° 82331055</b>	<b>OPERADOR:</b>	<b>ENLACE OPERATIVO</b>
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	SURA	2026/01/01	\$ 253.000
<b>PENSIÓN:</b>	PORVENIR	2026/01/01	\$ 323.800
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	POSITIVA	2026/01/01	\$ 49.300
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 626.100</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**



*LAURA VALENTINA BAUTISTA NIÑO*

*PS\_3113\_2025\_58595C*

**LAURA VALENTINA BAUTISTA NIÑO**

**CC: 1000589423**

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



*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA*

*PS\_3113\_2025\_58595C*

**MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

## PAGADO 12/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	LAURA VALENTINA BAUTISTA NIÑO		
<b>Documento</b>	CC1000589423	<b>Dirección</b>	CR 2C #49 - 20 SUR
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3223830747
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	POSITIVA DE SEGUROS

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	UM	UMC	AMP	AC	IRP	Días FER	Días EPS	Días ANE	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1000589423	LAURA VALENTINA BAUTISTA NIÑO	59	00								X									0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.888.589	\$ 302.200	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.888.589	\$ 236.100	2.436	\$ 1.888.589	\$ 46.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 584.400

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.888.589	\$ 1.888.589	\$ 1.888.589	\$ 0	\$ 302.200	\$ 236.100	\$ 46.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 584.400	\$ 2.800	\$ 587.200