

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA PAOLA MURILLO CIFUENTES		CC:	1022966091	
CORREO ELECTRÓNICO:	PAOCIFU85@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3043291531	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 93A BIS SUR 8 15		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400864057

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1214 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.277.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/03 AL 2026/02/28		



LINA PAOLA MURILLO CIFUENTES
PS_1214_2026_4FE716

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LINA PAOLA MURILLO CIFUENTES

CC: 1022966091

CEL: 3043291531

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LINA PAOLA MURILLO CIFUENTES

CON C.C N° **1.022.966.091**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR LABORATORIO 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 1214 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	180
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.411.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.277.000
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LIBERTADORES
--	------------------------------

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	TOMA DE MUESTRAS CON LAS DEBIDAS ORDENES, MARCACION Y ROTULACION DE TUBOS, EMBALAMIENTO DE MUESTRAS LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS AREAS, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS SEGUN CORRESPONDA, ENTREGA DE RESULTADOS, REALIZAR ESTADISTICAS
---	--

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 (2026-02-03) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9498290355	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/12	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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



LINA PAOLA MURILLO CIFUENTES

PS_1214_2026_4FE716

LINA PAOLA MURILLO CIFUENTES

CC: 1022966091

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



MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

PS_1214_2026_4FE716

MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

SUPERVISOR DEL CONTRATO