



GOBERNACION DEL MAGDALENA

NIT: 800103920-6

ORDEN DE PAGO

Estado: Aprobado
Vigencia Fiscal: 2026

Tipo de orden: Proveedor
Orden de Pago No. 3673

Lugar y Fecha: SANTA MARTA 24-04-2026 Obligación SPGR:
Tipo de Orden: Proveedor
Pagado a: MURILLO ALVEAR LESLIE DEL CARMEN Ni/C.C.: 57444483-7
Documento: Contrato PS-0590-2026
Concepto: SEGUNDA CUOTA DEL CONTRATO: PS-0590-2026 CUYO OBJETO ES: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE LABORATORIO EN LA DIMENSION FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DEL MAGDALENA, EN EL MARCO NORMATIVO DEL DECRETO 2323/2006, RESOLUCION 1646/2018, RESOLUCION 1619/2015 Y DEMAS LINEAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

Documentos
Fuente: CC Nro. Fue. 2026-3928-2 Per. Fue. 202604 Valor Bruto: 2,950,000.00
Nro. CxP: 3928 Tipo CxP: 25 CONTRATO DE SERVICIOS TECNICOS

Table with 4 columns: Registros, Rubro Presupuestal, Descripción, Valor. Row 1: 202601-928 0907-3-19050311.7-2.3.2.2.8.30-32 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES CIENTIFICOS Y TECNICOS 2,950,000.00. Total Presupuesto: 2,950,000.00

Table with 4 columns: Descuentos y otros, Valores, %. Rows include Valor Bruto (2,950,000.00), Valor IVA (0.00), Base Gravable (2,950,000.00), and various deductions like Procultura 1%, Prohospital Universitario, etc.

Table with 5 columns: Cuenta, Débito, Crédito, Descripción. Rows include 24400401 (IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO), 24403502 (ESTAMPILLA PRO DESARROLLO), etc. Totales: 2,950,000.00

Revisado Por: Ana Leldis Ayala Alvarino - Contratista
Wilson Carbonó Mendoza - Contratista

CANCELADO 04 MAY 2026
11:00am
29 ABR 2026
sharmel

VIRNA LIZI JOHNSON SALCEDO
DECRETO 0100 DEL 24/03/2020
SECRETARIA DE HACIENDA

ALFONSO MIGUEL RUIZ GOMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 22205
CONTADOR PUBLICO - T.P. 93699-T



Net Cash

# Informe Detallado del Fichero

08/May/26 09:14:14

BENEFICIARIO	CUENTA BENEFICIARIA	IMPORTE (COP)	MOTIVO
MURILLO ALVEAR LESLIE DEL CARMEN	51699711717	2.669.750,00	AUTORIZADO

Tipo de identificación:	Cédula de ciudadanía	Nº identificación:	0000000574444830
Nombre:	MURILLO ALVEAR LESLIE DEL CARMEN	E-mail:	
Dirección 1:	BOGOTA	Dirección 2:	
Forma de Pago:		Tipo de cuenta:	Cuenta Ahorro
Banco:	0007 - BANCOLOMBIA	Cuenta-Tarjeta:	51699711717
Código Oficina Pagadora:	0	Fecha Límite Vencimiento:	
Importe:	2.669.750,00	Motivo Devolución:	AUTORIZADO
Concepto 1:	3673	Concepto 2:	



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
GOBERNACION DEL MAGDALENA  
800103920-6

CRP Número  
928  
COP  
384

REGISTRO PRESUPUESTAL  
VIGENCIA FISCAL 2026

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NUMERO PS-0590-2026 DE FECHA 30/01/2026

A NOMBRE DE: 57444483 MURILLO ALVEAR LESLIE DEL CARMEN

OBJETO:

PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE LABORATORIO EN LA DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DEL MAGDALENA, EN EL MARCO NORMATIVO DEL DECRETO 2323/2008, RESOLUCIÓN 1846/2018, RESOLUCIÓN 1618/2015 Y DEMÁS LINEAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

SOLICITANTE: CELEDON SANCHEZ DIANA ESTHER

Rubro	Nombre	Valor
<b>Gastos de Inversión</b>		
0907-3-19050311.7-2.3.2.2.8.30-32	Otros Servicios Profesionales Científicos Y Técnicos	11,800,000.00
<b>Total:</b>		<b>11,800,000.00</b>

32 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES - SALUD PÚBLICA

11,800,000.00

Elaboró: OLGA.AMADOR Imprime: OLGA.AMADOR

Dado en SANTA MARTA a los 30 días del mes de enero del 2026

GUERRA RIZO CAROL PAOLA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Gobernación del Magdalena  
20/04/2026 09:13 Folios: 20 Anexos: 0  
Remite: Señora LESLIE MURILLO ALVEAR  
Destinatario: AREA FUNCIONAL DE CONTABILIDAD  
Asunto: CTA 02 CTO 0590-26 LESLIE MURILLO



R-2026-13331

OK para OP Aliv  
21-04-2026



A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA			
Nombre Completo	LESLIE DEL CARMEN MURILLO ALVEAR ✓	Número de identificación	CC 57.444.483 ✓
Contrato N°	PS -0590-2026 ✓	Fecha de suscripción contrato:	30 de enero 2026 ✓
Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP N°	No. 384 del 21 de enero del 2026 ✓	Registro Presupuestal – RP N°:	No. 928 30 de enero del 2026 ✓
Requiere Póliza: (indicar SI o NO)	NO ✓	Fecha Aprobación Póliza	NO ✓
Fecha de inicio contrato:	30 de enero del 2026 ✓	Fecha de finalización contrato:	30 de mayo del 2026 ✓
Numero de Planilla de seguridad social	4649073100 ✓	Fecha de pago	2026/04/06 ✓
Periodo del informe:	01 de marzo al 31 de marzo del 2026 ✓	Informe número:	No. 2 de 4 ✓
Objeto del contrato:	Prestar sus servicios como auxiliar de Laboratorio en la Dimensión fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria en apoyar las actividades del Laboratorio Departamental de Salud Pública del Magdalena, en el marco normativo del Decreto 2323/2006, Resolución 1646/2018, Resolución 1619/2015 y demás lineamientos complementarios ✓		

B. RESUMEN DE ACTIVIDADES			
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Hacer descripción cualitativa, cuantitativa y fecha de la actividad)	PRODUCTO	SOPORTE (Nombre, Fecha, Ubicación del Archivo Soporte)
1	Recepción desembalaje, y almacenamiento de las muestras recibidas en el verificando criterios de aceptación establecidos en las áreas Biológicas, aguas y alimentos, según cronograma establecido por la coordinación del laboratorio	Recepción, desembale y almacene muestras Biológicas y de aguas	Consolidado de muestras recibidas. Mensual <a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqPSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqPSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
2	Digitalización de los libros de registro de custodia de muestras del área atención a personas y atención al ambiente guardando los criterios de calidad y oportunidad,	Diligencie los libros de registro de custodia según los criterios de calidad	Libro de custodia diligenciado mensual <a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqPSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqPSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
	Toma de temperaturas de los equipos isotérmicos, ambientes de las áreas asignadas	Realice toma de temperaturas a los equipos de las áreas asignadas	Formatos de toma de temperaturas con los registros respectivos semanal <a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqPSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqPSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>



<b>B. RESUMEN DE ACTIVIDADES</b>			
<b>ACTIVIDADES U OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Hacer descripción cualitativa, cuantitativa y fecha de la actividad)</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>SOPORTE (Nombre, Fecha, Ubicación del Archivo Soporte)</b>
limpieza y desinfección de las áreas asignadas.	Realice limpieza y desinfección a áreas asignadas	Formatos de limpieza y desinfección diligenciado semanal	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Organización y entrega oportuna de las muestras a las diferentes áreas.	Organice y entregue muestras a diferentes áreas	Libro de custodia diligenciado semanal	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Realización triple embalaje de muestras basado en las normas de la IATA de muestras remitidas a laboratorio de referencia y desembalaje de muestras recibidas en los procesos de referencia y contrarreferencia	Realice embalajes de muestras enviadas al INS	Formato de revisión de embalaje	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Apoyo en la revisión del sistema de información sivilab para carga de resultados y enviar a la red	Apoye en el envío de resultados a la red	Numero de envíos realizados mensual	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Apoyo en el archivo de documentos de las áreas asignadas, teniendo en cuenta la normatividad vigente	Realice el archivo del área de central de muestras	Archivo listo para transferencia	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Recolección desinfección y lavado del material utilizado en las áreas de acuerdo con los procedimientos definidos por laboratorios	Realice Lavado de material	Formato de actividades semanal	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
limpieza de áreas, equipos e instrumentos de laboratorios asignados de acuerdo a los procedimientos definidos por el laboratorio	Realice limpieza de área	Formato de actividades semanal	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Desarrollo de las actividades de su competencia, establecidos en el manual de PEGIRASA del Laboratorio de Salud Pública	Realice el procedimiento según el manual de bioseguridad	Formato	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Realización de las actividades de su competencia, establecidos en el manual de Bioseguridad del laboratorio de Salud Pública	Cumplí con las actividades asignadas según el manual de PEGIRASA	Formatos destinados para cumplimiento de la actividad semanal	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVlrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>



<b>B. RESUMEN DE ACTIVIDADES</b>			
<b>ACTIVIDADES U OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Hacer descripción cualitativa, cuantitativa y fecha de la actividad)</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>SOPORTE (Nombre, Fecha, Ubicación del Archivo Soporte)</b>
Participación en las actividades de inducción, reinducción capacitación, revisiones científicas y demás reuniones realizadas para el seguimiento de las actividades del Laboratorio y las requeridas con entes externos	Asistí capacitación de plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud por el Ing. Leonardo Cervantes	Listado de asistencia. Cuando se asista a las convocatorias	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Cumplimiento con los turnos asignados en las áreas según cronograma de coordinación del laboratorio de salud pública.	cumplí con los turnos asignados según el cronograma de actividades	Formatos cronograma de actividades mensual	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Cumplimiento de las normas de Bioseguridad, Biocontención y Biocustodia del Laboratorio	Cumplí con las normas de bioseguridad del laboratorio	Registro fotográfico y lista de chequeo del cumplimiento de las normas.	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>
Presentación mensual de informes correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo e Informe final de actividades, con los soportes físicos y magnéticos generados durante la ejecución del contrato..	Realice informe mensual	Informe mensual e informe final consolidado de las actividades realizadas en el periodo	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/16VqLVrKQqSMif2-JmeQ68zWUOpU8DD?usp=sharing</a>

Nota: los Soportes del producto deben adjuntarse digitalmente.

<b>Elaboró</b>	<b>Aprobó</b>
<b>LESLIE DEL CARMEN MURILLO ALVEAR</b>	<b>DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ</b>
<b>CC: 57.444.483 DE SANTA MARTA</b>	<b>CC: 57.462.168 DE SANTA MARTA</b>





A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	PS -0590-2026 ✓
Nombre del Contratista	LESLIE DEL CARMEN MURILLO ALVEAR ✓
N° de identificación	CC. 57.444.483 ✓
Objeto del Contrato	Prestar sus servicios como auxiliar de laboratorio en la Dimensión fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria en apoyar las actividades del Laboratorio Departamental de Salud Pública del Magdalena, en el marco normativo del Decreto 2323/2006, Resolución 1646/2018, Resolución 1619/2015 y demás lineamientos complementarios ✓
Valor inicial	\$11.800.000 (ONCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE) ✓
Valor total	\$11.800.000 (ONCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE) ✓
Valor de honorarios periodo	DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$2.950.000 M/CTE) ✓
N° Pago / N° de informe	2/4 ✓
Periodo del informe	01 de marzo al 31 de marzo del 2026 ✓
N° CDP	No. 384 del 21 de enero del 2026 ✓
N° CRP	No. 928 30 de enero del 2026 ✓
Plazo inicial	El Plazo de ejecución del contrato será CUATRO (04) meses sin exceder el 31 de diciembre del 2026. ✓
Plazo final	El Plazo de ejecución del contrato será CUATRO (04) meses sin exceder el 31 de diciembre del 2026. ✓
Fecha del Acta de Inicio	30 de enero del 2026 ✓
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES (si aplica)	
N° de modificación	N/A
Tipo de modificación (Marque con una X)	Adición <input type="checkbox"/>
	Suspensión <input type="checkbox"/>
	Cesión <input type="checkbox"/>
Valor adicionado	N/A
CDP de la adición	N/A
CRP de la adición	N/A
Tiempo prorrogado	N/A
Tiempo suspendido	N/A
C. POLIZAS (si aplica)	
N° de póliza	N/A
Nombre de la aseguradora	N/A
Fecha de la póliza	N/A
Acto Administrativo de Aprobación	N/A
D. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES RECIBIDAS	
OBLIGACIÓN N°	
Detalle de las actividades realizadas	Evidencias o Soportes verificados
recepción, y desembale muestras biológicas de aguas y alimentos	Consolidado de muestras recibidas. Mensual
Diligencie los libros de custodia según los criterios de calidad	Libro de custodia diligenciado mensual



Realice toma de temperaturas a los equipos de las áreas asignadas	Formatos de toma de temperaturas con los registros respectivos semanal
Realice limpieza y desinfección a áreas asignadas	Formatos de limpieza y desinfección diligenciado semanal
Organice y entregue muestras en las diferentes áreas	Libro de custodia diligenciado semanal
Realice embalajes de muestras enviadas al INS	Formato de revisión de embalaje
Apoye en el ingreso de la base de datos de Muestras Biológicas	Numero de envíos realizados mensual
Realice el archivo del área de central de muestras	Archivo listo para transferencia
Realice Lavado de material	Formato de actividades semanal
Realice limpieza de área	Formato de actividad semanal
Cumplí con las actividades asignadas en el manual de pegirasa	Formatos destinados para cumplimiento de las actividades
Cumplí con las actividades asignadas en el manual de Bioseguridad	Formatos destinados para cumplimiento de la actividad semanal
Asistí a la capacitación de plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud con el Ing. Leonardo Cervantes	Listado de asistencia. Cuando se asista a las convocatorias
Cumplí con los turnos asignados según el cronograma de actividades	Formatos cronograma de actividades mensual
Cumplí con las normas de bioseguridad del laboratorio	cumplí con las normas de bioseguridad del laboratorio
Realice informe mensual	Informe mensual e informe final consolidado de las actividades realizadas en el periodo
<b>RECOMENDACIONES Y/U OBSERVACIONES:</b>	

ITEM	VERIFICACION DE REQUISITOS <i>Marcar con una X según corresponda.</i>	SI	NO
1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2.	El contratista autoriza que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato, le sean descontados del valor a cancelar en el presente pago.	X	
3.	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar	X	
4.	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento	X	
5.	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, como consta a continuación:	X	



INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
PLANILLA N°:	4649073100		
CONCEPTO DE PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD	SANITA	2026/04/06 ✓	\$ 221.500 ✓
PENSION	PROTECCION	2026/04/06 ✓	\$ 283.500 ✓
ARL	SURA	2026/04/06 ✓	\$ 43.300 ✓

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al informe No 02 que comprende el periodo 01 de marzo al 31 de marzo del 2026 ✓

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 07 días del mes de abril del año 2026.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y  
DA VISTO BUENO PARA PAGO

  
DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ  
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD



**LESLIE DEL CARMEN MURILLO ALVEAR**  
**AUXILIAR DE EMFERMERIA**

Prestar sus servicios como auxiliar de Laboratorio en la Dimensión fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria en apoyar las actividades del Laboratorio Departamental de Salud Pública del Magdalena, en el marco normativo del Decreto 2323/2006, Resolución 1646/2018, Resolución 1619/2015 y demás lineamientos complementarios

Dirección: Calle 9 N 16A41

Teléfono: 3014034611

---

Cuenta de Cobro: #002  
Ciudad y Fecha Santa Marta 07 de abril del 2026

**GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA**  
**NIT: 800.103.920-6**

Debe a:

**LESLIE DEL CARMEN MURILLO ALVEAR**  
CC. 57.444.483

La suma de **DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.L. (\$2.950.000.00)** Por concepto de Prestación de Servicios de apoyo al Contrato PS-0590 del 2026

Se firma en Santa Marta D.T.C.H. 07 de abril del 2026

*Leslie Murillo A.*  
\_\_\_\_\_  
LESLIE DEL CARMEN MURILLO ALVEAR  
CC. 57.444.483

Santa Marta, 07 de abril del 2026 ✓

Señores:

**FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A.**

Ciudad.

**Asunto:** Información solicitada por el Artículo 17 de la Ley 1819 de diciembre 29 de 2016.

Apreciados señores,

Para efectos de determinar la tarifa de retención contenida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 34 de la Ley 1943 de 2018:

**CERTIFICO QUE:**

1	He contratado dos o más trabajadores asociados a la actividad de servicios
---	--

SI	NO
	X

Esta certificación se expide el 07 de abril del 2026 ↓

Cordialmente,

*Leslie Murillo S.*

Nombre **LESLIE DEL CARMEN MURILLO ALVEAR**

CC. 57.444.483