

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ROSENDA PEREZ LOPEZ		CC:	41571254	
CORREO ELECTRÓNICO:	BLANCA1949DC@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3102133390	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 70 22-75		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	1900072263

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1029 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.466.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



ROSENDA PEREZ LOPEZ
PS_1029_2026_683478

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ROSENDA PEREZ LOPEZ

CC: 41571254

CEL: 3102133390

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

ROSENDA PEREZ LOPEZ

CON C.C N°

41.571.254

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO HISTOTECNOLOGO 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 1029 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 9.657.120 **No. HORAS EJECUTADAS** 190

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 9.657.120 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.466.200

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) 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 coloraciones de rutina con hematoxilina-eosina y coloraciones especiales como PAS y tricrómica, garantizando la calidad de las láminas histológicas.
2	Procesé manualmente muestras quirúrgicas y líquidos de punción, y apliqué técnicas automatizadas para el procesamiento de tejidos.
3	Preparé adecuadamente los reactivos de tinción y fijación, verificando concentraciones y fechas de vencimiento antes del uso en las muestras.
4	Organicé las láminas teñidas en cajas por número consecutivo y las entregué al patólogo asignado para su lectura diagnóstica.
5	Utilicé de manera racional los insumos de laboratorio, evitando desperdicios de reactivos y promoviendo el uso correcto de los equipos.
6	Mantuve estricta confidencialidad sobre los diagnósticos y resultados de las muestras procesadas, conforme a la normativa legal vigente.
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 Santa Clara, conforme a la programación y asignación realizada por el supervisor.

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1080375461	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/10	\$ 218.900

PENSIÓN:	SIN DATO	2026/04/10	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 261.600

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 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	 <p><i>ROSENDA PEREZ LOPEZ</i> <i>PS_1029_2026_683478</i></p> <hr/> <p>ROSENDA PEREZ LOPEZ CC: 41571254</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>CATHERINE LUGO CRISTIANO</i> <i>PS_1029_2026_683478</i></p> <hr/> <p>CATHERINE LUGO CRISTIANO SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> <i>PS_1029_2026_683478</i></p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-13, 04:36:07 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1080375461

Periodo Cotización: marzo de 2026

Periodo Servicio: marzo de 2026

Referencia pago (PIN): 8823772224

PAGADO 10/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ROSENDA PEREZ LOPEZ		
Documento	CC41571254	Dirección	CR 70 #22 C - 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3102133390
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	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	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IG	UM	MAC	APP	AC	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias 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 41571254	ROSENDA PEREZ LOPEZ	59	02																		0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	\$ 0	\$ 0	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 261.600

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
\$ 0	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 261.600	\$ 0	\$ 261.600



- Información general
- Condiciones
- Bienes y servicios
- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- Ejecución del Contrato**
- Modificaciones del Contrato
- Incumplimientos

✓ Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> 1 PS 1029 2026 CRP -8432.pdf	1 PS 1029 2026 CRP -8432.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1029 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf.pdf	PS 1029 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1029 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.p.pdf	PS 1029 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.p.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Ve a Configuración para activar Windows.

REPUBLICA DE COLOMBIA
CAJA NACIONAL DE PREVISION SOCIAL

RESOLUCION 028543 de 2000

RADICADO Nº 0678/2000 /

26 NOV 2000

Por la cual se reconoce y ordena el pago de una pensión mensual vitalicia por vejez.

LA SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA CAJA NACIONAL DE PREVISION SOCIAL, en ejercicio de las atribuciones legales y estatutarias, y en cumplimiento de la ley 100 de 1993 y,

C O N S I D E R A N D O:

Que el(a) señor(a) PEREZ LOPEZ ROSENDA identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 41571254 de BOGOTA, solicita a esta Entidad el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia por vejez radicada bajo el Nº 0678 de fecha 24 de enero de 2000.

Que el artículo 56 de la ley 100/93 establece:

"REGIMEN DE TRANSICION. : La edad para acceder a la pensión de vejez, el tiempo de servicio o el número de semanas cotizadas y el monto de la pensión de vejez de las personas que al momento de entrar en vigencia el sistema tengan treinta y cinco (35) o mas años de edad si son mujeres o cuarenta (40) o mas años de edad si son hombres, o quince (15) o mas años de servicios cotizados, será la establecida en el régimen anterior al cual se encuentren afiliados. Las demás condiciones y requisitos aplicables a estas personas para acceder a la pensión de vejez, se regirán por las disposiciones contenidas en la presente ley.

El ingreso base para liquidar la pensión de vejez de las personas referidas en el inciso anterior que les faltare menos de diez (10) años para adquirir el derecho, será el promedio de lo devengado en el tiempo que les hiciere falta para ello, o el cotizado durante todo el tiempo si este fuere superior, actualizado anualmente con base en la variación del Índice de Precios al Consumidor según certificación expedida por el DANE."

Que el(a) peticionario(a) aportó para la pensión los siguientes tiempos: