

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ASTRID LOPEZ OLARTE		CC:	1030600909	
CORREO ELECTRÓNICO:	ALOPEZ9120@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3125829018	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 103A 58 16 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	03238170272

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3436 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.631.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



ASTRID LOPEZ OLARTE
PS_3436_2026_4179EC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ASTRID LOPEZ OLARTE

CC: 1030600909

CEL: 3125829018

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

ASTRID LOPEZ OLARTE

CON C.C N°

1.030.600.909

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE 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 3436 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/06
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.744.980	No. HORAS EJECUTADAS	208
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.744.980	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.631.200
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) 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)

ITEM	1	Recepción y toma de muestras, limpieza y desinfección de laboratorio clínico, embalaje de muestras, llenar formatos y estadísticas diarias.
-------------	---	---

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° 9503008870	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/16	\$ 153.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/16	\$ 196.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/16	\$ 29.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 379.400

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



ASTRID LOPEZ OLARTE

PS_3436_2026_4179EC

ASTRID LOPEZ OLARTE

CC: 1030600909

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



MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

PS_3436_2026_4179EC

MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

SUPERVISOR DEL CONTRATO