

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA		CC:	53096884
CORREO ELECTRÓNICO:	JENIPHER.RENGIFO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3214535627
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 11A 78 D 11		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 008400732056

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1167 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 649.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/28 AL 2026/04/30		



JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA
PS_1167_2026_93C7A6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA
CC: 53096884
CEL: 3214535627

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA**

CON C.C.N° 53.096.884

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO CITOTECNOLOGO 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 1167 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 9.657.120 **No. HORAS EJECUTADAS** 50

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 9.657.120 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 649.000

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 la lectura microscópica de citologías vaginales del día, identificando hallazgos celulares y clasificándolos según el sistema Bethesda.
2	Ingresé al sistema institucional las láminas con hallazgos sospechosos o positivos para revisión y confirmación diagnóstica por parte del patólogo.
3	Correlacioné las láminas devueltas por el patólogo con los respectivos protocolos, verificando observaciones y ajustes diagnósticos cuando aplicaba.
4	Revisé la transcripción de datos de los informes finales, asegurando que coincidieran con la información de los protocolos físicos y digitales.
5	Utilicé de forma racional los reactivos, portaobjetos y colorantes durante las jornadas, evitando desperdicios y promoviendo el uso eficiente de los recursos.
6	Aplicé los protocolos de bioseguridad en la manipulación de muestras, el uso de guantes y la desinfección del área de trabajo al finalizar la jornada.
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 San Blas, 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 (2026-04-28) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6017590901	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/29	\$ 21.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/29	\$ 28.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/29	\$ 4.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 54.300

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



JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA

PS_1167_2026_93C7A6

JENIPHER ANGELICA MARIA RENGIFO MEJIA

CC: 53096884

FIRMA DE QUIEN VALIDA



CATHERINE LUGO CRISTIANO

PS_1167_2026_93C7A6

CATHERINE LUGO CRISTIANO

SUPERVISOR ALTERNO

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



MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

PS_1167_2026_93C7A6

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO