

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NATHALIA CHAUTTA GUITIERREZ		CC:	52434983	
CORREO ELECTRÓNICO:	NATCHAGU_8@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3108806123	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 18A SUR 3 - 02 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	17720708868

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1027 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 791.780
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		



NATHALIA CHAUTTA GUITIERREZ
PS_1027_2026_98FED4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NATHALIA CHAUTTA GUITIERREZ

CC: 52434983

CEL: 3108806123

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

NATHALIA CHAUTTA GUTIERREZ

CON C.C N°

52.434.983

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 1027 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 9.657.120 **No. HORAS EJECUTADAS** 61

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 9.657.120 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 791.780

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 74300392	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/28	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/28	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/28	\$ 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



NATHALIA CHAUTTA GUITIERREZ

PS_1027_2026_98FED4

NATHALIA CHAUTTA GUITIERREZ

CC: 52434983

FIRMA DE QUIEN VALIDA



CATHERINE LUGO CRISTIANO

PS_1027_2026_98FED4

CATHERINE LUGO CRISTIANO

SUPERVISOR ALTERNO

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

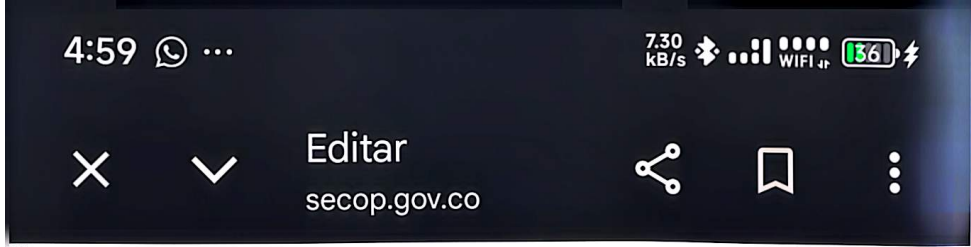


MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

PS_1027_2026_98FED4

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO



- Información general
- Condiciones
- Productos y servicios
- Documentos del Provee...
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- Ejecución del Contrato
- Modificaciones del Contr...
- 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
<i>No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados</i>					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> PS 1027 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1027 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 1027 2026 CRP -8431.pdf	1 PS 1027 2026 CRP -8431.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1027 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1027 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1027 2026 CUENTA COBRO MARZO.pdf	PS 1027 2026 CUENTA COBRO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

