



GOBERNACION DEL MAGDALENA

NIT: 800103920-6

ORDEN DE PAGO

Estado: Aprobado

Vigencia Fiscal: 2026

Tipo de orden:

Proveedor

Orden de Pago No.

4204

Lugar y Fecha: SANTA MARTA 05-05-2026 Obligación SPGR:
 Tipo de Orden: Proveedor
 Pagado a: MERCADO MARTINEZ ACELA CAROLINA NIT/C.C.: 1082856713-6
 Documento: Contrato PS-0491-2026
 Concepto: SEGUNDA CUOTA DEL CONTRATO: PS-0491-2026 CUYO OBJETO ES: RESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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. 2026-4235-2 Per. Fue. 202605 Valor Bruto: 2,950,000.00
 Nro. CxP: 4235 Tipo CxP: 25 CONTRATO DE SERVICIOS TECNICOS

Imputación Presupuestal			
Registros	Rubro Presupuestal	Descripción	Valor
202601-1047	0907-3-19050311.7-2.3.2.2.2.8.30-32	OTROS SERVICIOS PROFESIONALES CIENTIFICOS Y TECNICOS	2,950,000.00
Total Presupuesto:			2,950,000.00

Descuentos y otros				Afectación Contable			
		Valores	%	Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
Valor Bruto		2,950,000.00		24400401	0.00	20,650.00	IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
Valor IVA:		0.00		24403502	0.00	23,600.00	ESTAMPILLA PRO DESARROLLO
Base Gravable		2,950,000.00		24403501	0.00	29,500.00	ESTAMPILLA PRO CULTURA
Deducciones Base				24072201	0.00	59,000.00	ESTAMPILLA PRO HOSPITAL
Procultura 1%	2,950,000.00	29,500.00	1.0	24072202	0.00	59,000.00	ESTAMPILLA PRO UNIVERSIDAD
Prohospital Universitario	2,950,000.00	59,000.00	2.0	24403503	0.00	88,500.00	ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR
Prodesarrollo 0.8%	2,950,000.00	23,600.00	0.8	24905501	0.00	2,669,750.00	SERVICIOS
Probienestar Adulto Mayor 3%	2,950,000.00	88,500.00	3.0	51118001	2,950,000.00	0.00	SERVICIOS
Refundacion	2,950,000.00	59,000.00	2.0	TOTALS			
Unimagdalena 2%	2,950,000.00	20,650.00	0.7		2,950,000.00	2,950,000.00	
Reteica 7 X Mil	2,950,000.00	20,650.00	0.7				
Total Deducciones		280,250.00					
Anticipos / Amortizaciones		0.00					
Valor Neto Clas Por Pagar		2,669,750.00					

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

2:20pm
 10.7 MAY 2026
 sharmel

CANCELADO 12 MAY 2026

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

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

1

2

3



Net Cash

Informe Detallado del Fichero

15/May/26 11:44:35

BENEFICIARIO	CUENTA BENEFICIARIA	IMPORTE (COP)	MOTIVO
MERCADO MARTINEZ ACELA CAROLINA	91280559631	2.669.750,00	AUTORIZADO

Tipo de identificación:	Cédula de ciudadanía	Nº identificación:	0000010828567130
Nombre:	MERCADO MARTINEZ ACELA CAROLINA	E-mail:	
Dirección 1:	BOGOTÁ	Dirección 2:	
Forma de Pago:		Tipo de cuenta:	Cuenta Ahorro
Banco:	0007 - BANCOLOMBIA	Cuenta-Tarjeta:	91280559631
Código Oficina Pagadora:	0	Fecha Límite Vencimiento:	
Importe:	2.669.750,00	Motivo Devolución:	AUTORIZADO
Concepto 1:	4204	Concepto 2:	



CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS

Nro. DEL CONTRATO	PS -0491-2026
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA Y No. IDENTIFICACION	ACELA CAROLINA MERCADO MARTINEZ
FIRMA DEL CONTRATISTA	<i>Acela M.</i>
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN APRUEBA <i>(Director, Jefe De Oficina O Referente)</i>	LINA MIRANDA TRESPALACIOS
CARGO DE QUIEN APRUEBA	COORDINADORA LSPM
FIRMA DE QUIEN APRUEBA	<i>L. Miranda</i>
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN REvisa	JUAN SEBASTIAN BURGOS PEREZ
FIRMA QUIEN REvisa LA CUENTA DE COBRO	<i>J. Burgos</i>
PERIODO Y/O MES DE LA CUENTA DE COBRO	MARZO 2026
FECHA DE REVISION	

LISTA DE CHEQUEO PARA CUENTA DE COBRO 2026

ITEM	DOCUMENTOS Y/O FORMATOS PARA CUENTA DE COBRO	Nro. De Folios	Vo.Bo	OBSERVACIONES
1	ACTA DE INICIO (SOLO PRIMER PAGO)	N/A		
2	INFORME DE SUPERVISION	3		
3	CUENTA DE COBRO	1		
4	RP (REGISTRO PRESUPUESTAL) LEGIBLE	1		
5	CDP (CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	N/A		
6	PLANILLA PAGO DE APORTES DE: SALUD, PENSION Y ARL	2		
7	COPIA DEL CONTRATO PARA VERIFICAR # DE PAGOS	N/A		
8	INFORME DE GESTION O DEL CONTRATISTA	4		
9	ACTA FINAL (SOLO PARA ULTIMO PAGO)	N/A		

1

2



VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD EJECUTADA	EVIDENCIAS/ SOPORTES DE LA EJECUCION DE LAS OBLGACIONES	CUMPLE/NO CUMPLE
1. Recepción, desembalaje, identificación 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	Consolidado de muestras recibidas. Mensual	Recepción, desembale y almacene muestras biológicas y de aguas	OK
2. Diligenciamiento 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,	Libro de custodia diligenciado mensual	Diligencie los libros de registro de custodia según los criterios de calidad	OK
3. Toma de temperaturas de los equipos isotérmicos, ambientes de las áreas asignadas	Formatos de toma de temperaturas con los registros respectivos semana	Realice toma de temperaturas a los equipos de las áreas asignadas	OK
4. Realización de la limpieza y desinfección de las áreas asignadas.	Formatos de limpieza y desinfección diligenciado semanal	Realice limpieza y desinfección a áreas asignadas	OK
5. Organización y entrega oportunamente las muestras a las diferentes áreas.	Libro de custodia diligenciado semanal	Organice y entregue muestras a diferentes áreas	OK
6. Realización de triple embalaje de muestras basado en las normas de la IATA de muestras remitidas a laboratorios de referencia y desembalaje de muestras recibidas en los procesos de referencia y contrareferencia.	Formatos de revisión de embalajes. semanal	Realice triple embalaje de las muestras que se enviaron al INS	OK
7. Revisión del sistema de Información SIVILAB para descargar resultados y enviar a la red de laboratorios por correo electrónico.	Numero de envíos realizados mensual	No aplica	OK
8. Digitalización de las actas de muestras de aguas y alimentos, teniendo en cuenta las directrices del profesional del área	Número total de actas escaneadas mensual	No aplica	OK
9. Apoyo el archivo de documentación de las áreas asignadas, teniendo en cuenta la normatividad vigente.	Archivo listo para transferencias. mensual	No aplica	OK
10. Recolección, desinfección y lavado del material utilizado en las áreas de acuerdo a los procedimientos definidos por el laboratorio.	Formatos de actividades semanal	Realice lavado de material de vidrio del área fisicoquímico de agua	OK
11. Esterilización, del material de vidrio y utensilios de las áreas asignadas en los sitios destinados para ello y de acuerdo a los procedimientos definidos por el laboratorio.	Formato de actividades semanal	No aplica	OK
12. Realización de la limpieza de áreas, equipos e instrumentos de laboratorios asignados de acuerdo a los procedimientos definidos por el laboratorio	Formato de actividades semanal	Realice limpieza y desinfección de áreas y equipos	OK



13. Realizar las actividades de su competencia, establecidos en el manual de PEGIRASA del laboratorio de Salud Pública.	Formatos destinados para cumplimiento de la actividad	Cumplí con las normas de bioseguridad establecidas en el manual de bioseguridad	OK
14. Realizar las actividades de su competencia, establecidos en el manual de Bioseguridad del laboratorio de Salud Pública	Formatos establecidos en el Manual de Bioseguridad	Cumplí con los elementos de protección personal	OK
15. Participación en las actividades de inducción, re inducción capacitación, revisiones científicas y demás reuniones realizadas para el seguimiento de las actividades del Laboratorio y las requeridas con entes externos.	Listado de asistencia. Cuando se asista a las convocatorias	Asistí a capacitaciones de Residuos Generados con el Ing. LEONARDO CERVANTES	OK
16. Cumplimiento con los turnos asignados en las áreas según cronograma de coordinación del Laboratorio de salud Publica	Formato de cronograma mensual	Cumplí con mis turnos estipulados	OK
17. Participación en actividades de acompañamiento de investigaciones epidemiológicas de campo cuando sea requerido por brote o epidemia en el departamento formando parte del equipo de respuesta inmediata.	Informe de la actividad Realizada	Estuve de disponibilidad en cualquier requerimiento de las investigaciones Epidemiológicas	
18. Implementación en acciones correctivas cuando se identifiquen trabajos no conformes, desvíos de las políticas de calidad o procedimientos del sistema de gestión o de las operaciones técnicas	Plan de mejora cuando haya que realizar planes de mejoras mensual	No aplica	OK
19. Responsabilidad por el buen estado del material y equipos que utilice e informar oportunamente sobre fallas o anomalías encontradas.	Informes y reportes del buen estado de los materiales y equipos utilizados	Informe que los equipos en este periodo estuvieron en buen funcionamiento	OK
20. Cumplimiento de las normas de Bioseguridad, Biocontención y Biocustodia del Laboratorio	Registro fotográfico y lista de chequeo del cumplimiento de las normas	Cumplí con los elementos de protección personal	OK
21. Presentación mensual de informes correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo e Informe final de actividades, con los soportes físicos y magnéticos generados	Informe mensual e informe final consolidado de las actividades realizadas en el periodo	Realice mi informe mensual de mis actividades realizadas	OK


Dra. LINA MIRANDA TRESPALACIOS
Coordinadora
Laboratorio de Salud Pública Departamental



REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
800103920-6

CRP Número	1047
GDP	384

REGISTRO PRESUPUESTAL
VIGENCIA FISCAL 2026

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NUMERO PS-0491-2026 DE FECHA 29/01/2026

A NOMBRE DE: 1082856713 MERCADO MARTINEZ ACELA CAROLINA

OBJETO:

RESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 1819/2015 Y DEMÁS LINEAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

SOLICITANTE: CELEDON SANCHEZ DIANA ESTHER

Rubro	Nombre	Valor
Gastos de Inversión		
0907-3-19050311.7-2.3.2.2.8.30-32	Otros Servicios Profesionales Científicos Y Tecnicos	11,800,000.00
Total:		11,800,000.00

32 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES - SALUD PÚBLICA 11,800,000.00

Elaboró: MARIA.MOSQUERA Imprime: OLGA.AMADOR

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

GUERRA RIZO CAROL PAOLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO





REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
800103920-6

CGP Número:
1047
CGP:
384

REGISTRO PRESUPUESTAL
VIGENCIA FISCAL 2026

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NUMERO PS-0491-2026 DE FECHA 29/01/2026
A NOMBRE DE: 1082856713 MERCADO MARTINEZ ACELA CAROLINA
OBJETO:
RESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 1646/2016, RESOLUCIÓN 1619/2015 Y DEMÁS LINEAMIENTOS COMPLEMENTARIOS
SOLICITANTE: CELEDON SANCHEZ DIANA ESTHER

Rubro	Nombre	Valor
Gastos de Inversión		
0907-3-19050311.7-2.3.2.2.2.8.30-32	Otros Servicios Profesionales Científicos Y Tecnicos	11,800,000.00
Total:		11,800,000.00

32 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES - SALUD PÚBLICA 11,800,000.00
Elaboró: MARIA.MOSQUERA 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
28/04/2026 08:46 Folios: 20 Anexos: 0
Remite: Señora ACELA MERCADO
Destinatario: AREA FUNCIONAL DE CONTABILIDAD
Asunto: CTA 02 CTO 0491-26 ACELA MARTINEZ



R-2026-14443

Reviso: *[Signature]*
01/05/26
CT: *[Signature]*





Gobernación del MAGDALENA

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA			
Nombre Completo	ACELA CAROLINA MERCADO MARTINEZ ✓	Número de identificación	CC. 1.082.856.713 ✓
Contrato N°	PS-0491-2026 ✓	Fecha de suscripción contrato:	29/01/2026 ✓
Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP N°: (Escriba número y fecha)	N° 384 DEL 21/01/2026 ✓	Registro Presupuestal – RP N°: (Escriba número y fecha)	N° 1047 DEL 30/01/2026 ✓
Requiere Póliza:	NO	Fecha Aprobación Póliza	NO
Fecha de inicio contrato:	30/01/2026 ✓	Fecha de finalización contrato:	30/05/2026 ✓
Numero de Planilla de seguridad social	9502839258 ✓	Fecha de pago	2026/04/15 ✓
Periodo del informe:	01/03/2026 – 31/03/2026 ✓	Informe número:	No. 2 DE 4 ✓
Objeto del contrato:	Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería 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. ✓		

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. Realización la recepción, desembalaje, identificación 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	RECEPCIONE, DESEMBALE Y ALMACENE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y DE AGUAS	Consolidado de muestras recibidas. Mensual	https://drive.google.com/file/d/1W5IZ8OMMwel2mkDleQiuU58rPBQGrhoJ/view?usp=drivesdk
2. Diligenciamiento 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 CUSTODIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS	Libro de custodia diligenciado mensual	https://drive.google.com/file/d/1yHw4bA9BAbu68f1DBPP4_0kwAiYjVfs/view?usp=drivesdk



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)
3.	Toma de temperaturas de los equipos isotérmicos, ambientes de las áreas asignadas	REALICE TOMA DE TEMPERATURAS DE LOS EQUIPOS	Formatos de toma de temperaturas con los registros respectivos semanal
4.	Realización de la limpieza y desinfección de las áreas asignadas.	REALICE LIMPIEZA Y DESINFECCION DIARIA EN AREAS ASIGNADAS	Formatos de limpieza y desinfección diligenciado semanal
5.	Organización y entrega oportuna de las muestras a las diferentes áreas.	ORGANICE Y ENTREGUE MUESTRAS A LOS REFERENTES DE CADA AREA	Libro de custodia diligenciado semanal
6.	Realización de triple embalaje de muestras basado en las normas de la IATA de muestras remitidas a laboratorios de referencia y desembalaje de muestras recibidas en los procesos de referencia y contrarreferencia.	REALICE TRIPLE EMBALAJE DE MUESTRAS BASADAS EN LAS NORMAS DE LA IATA	Formatos de revisión de embalajes. semanal
7.	Acompañamiento en la revisión del sistema de información SIVILAB para descargar resultados y enviar a la red de laboratorios por correo electrónico.	RECIBI ACOMPAÑAMIENTO EN LA REVISION DEL SISTEMA DE SIVILAB, DESCARGUE Y ENVIE RESULTADOS	Reporte del Numero de envíos realizados mensual



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)	
8.	Realización, recolección, desinfección y lavado del material utilizado en las áreas de acuerdo a los procedimientos definidos por el laboratorio	REALICE LAVADO DE MATERIAL UTILIZADO DE DIFERENTES AREAS	Formatos de actividades semanal	https://drive.google.com/file/d/1ZsR_jCV3Vj7X4PZ5prIEBT5RQHj_MUSP/view?usp=drivesdk https://drive.google.com/file/d/1XCZzaBtKF9XTovZWaSqiiM6el03l5QIK/view?usp=drivesdk
9.	Realización de limpieza de áreas, equipos e instrumentos de laboratorios asignados de acuerdo a los procedimientos definidos por el laboratorio	REALICE LIMPIEZA DE AREAS Y EQUIPOS	Formato de actividades semanal	https://drive.google.com/file/d/1O SqvbrHu7H1kfFO1edO-vWFRtAo67Mc/view?usp=drivesdk https://drive.google.com/file/d/1vZh0i3FIKruixqkOy1bTHqIcB2c1fcz-/view?usp=drivesdk
10.	Realización de las actividades de su competencia, establecidos en el manual de Bioseguridad del laboratorio de Salud Pública.	REALICE ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD	Formatos establecidos en el Manual de Bioseguridad	https://drive.google.com/file/d/1bzE706u_QH0lcN4aEnPUkFzOYB4hYSHr/view?usp=drivesdk
11.	Participación en las actividades de inducción, re inducción capacitación, revisiones científicas y demás reuniones realizadas para el seguimiento de las actividades del Laboratorio y las requeridas con entes externos.	PARTICIPE EN CAPACITACIONES EN EL LSPM DE RESIDUOS GENERADOS CON EL ING. LEONARDO CERVANTES	Listado de asistencia y acta generada en las reuniones.	https://drive.google.com/file/d/1zqjPsutHpGcWpflGwHNYz4XGEZl5Yp_/view?usp=drivesdk https://drive.google.com/file/d/1bmK1Mr0yWmrMnOxEvUEaJGKK8lB78zE3/view?usp=drivesdk
12.	Cumplimiento con los turnos asignados en las áreas según cronograma de coordinación del laboratorio de salud pública.	CUMPLI CON LOS TURNOS ASIGNADOS	Formatos cronograma de actividades mensual	https://drive.google.com/file/d/1Xxq7VVJniiCIXtsAsEkH2WbpZCjAjuRG/view?usp=drivesdk
13.	Cumplimiento de las normas de Bioseguridad, Bioccontención y Biocustodia del Laboratorio	DURANTE EL MES CUMPLI CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD DEL LABORATORIO SEGÚN LO ESTABLECIDO	Registro fotográfico y lista de chequeo del cumplimiento de las normas.	https://drive.google.com/file/d/1QwPtYfaX7wGxnECgPAogtCMYrpic-yNMa/view?usp=drivesdk





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)
14. 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.	DURANTE LA FINALIZACION DEL MES PRESENTE LOS INFORMES CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	Informe mensual e informe final consolidado de las actividades realizadas en el periodo	https://drive.google.com/file/d/1QwPtYfaX7wGxnECgPAogtCMYrpic-yNMa/view?usp=drivesdk

Nota: los Soportes del producto deben adjuntarse digitalmente o es especificar la forma en que estos se entregan o adjuntan.

Elaboró	Recibió
ACELA CAROLINA MERCADO MARTINEZ C.C: 1.082.856.713	MAGDA KARINA ALARCON GOMEZ CC: 1081802845





A. INFORMACIÓN GENERAL				
Contrato/Convenio N°	PS-0491-2026			
Nombre del Contratista	ACELA CAROLINA MERCADO MARTINEZ			
N° de identificación	CC. 1.082.856.713			
Objeto del Contrato	Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería 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 M/CTE)			
Valor total	\$11.800.000 (ONCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE)			
Valor de honorarios periodo	DOS MILLONES NOVECIENTO CINCUENTA MIL PESOS (\$2.950.000 M/CTE)			
N° Pago / N° de informe	2 DE 4			
Periodo del informe	01/03/2026 – 31/03/2026			
N° CDP	N° 384 DEL 21/01/2026			
N° CRP	N° 1047 DEL 30/01/2026			
Plazo inicial	El Plazo de ejecución del contrato será CUATRO (4) meses sin exceder el 31 de diciembre del 2026, contado a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio por las partes, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del Contrato.			
Plazo final	El Plazo de ejecución del contrato será CUATRO (4) meses sin exceder el 31 de diciembre del 2026, contado a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio por las partes, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del Contrato.			
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	N/A	Prórroga	N/A
	Suspensión	N/A	Reinicio	N/A
	Cesión	N/A		
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°				
<i>(Transcribir la obligación o actividad específica)</i>				
Detalle de las actividades realizadas			Evidencias o Soportes verificados	



REALIZACIÓN LA RECEPCIÓN, DESEMBALAJE, IDENTIFICACIÓN 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	RECEPCIONE, DESEMBALE Y ALMACENE MUESTRAS BIOLÓGICAS DURANTE EL MES
DILIGENCIAMIENTO 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 CUSTODIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
TOMA DE TEMPERATURAS DE LOS EQUIPOS ISOTÉRMICOS, AMBIENTES DE LAS ÁREAS ASIGNADAS	REALICE TOMA DE TEMPERATURAS DE LOS EQUIPOS
REALIZACIÓN DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS ÁREAS ASIGNADAS.	REALICE LIMPIEZA Y DESINFECCION DIARIA EN AREAS ASIGNADAS
ORGANIZACIÓN Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS A LAS DIFERENTES ÁREAS.	ORGANICE Y ENTREGUE MUESTRAS A LOS REFERENTES DE CADA AREA
REALIZACIÓN DE TRIPLE EMBALAJE DE MUESTRAS BASADO EN LAS NORMAS DE LA IATA DE MUESTRAS REMITIDAS A LABORATORIOS DE REFERENCIA Y DESEMBALAJE DE MUESTRAS RECIBIDAS EN LOS PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.	REALICE TRIPLE EMBALAJE DE MUESTRAS BASADAS EN LAS NORMAS DE LA IATA
ACOMPAÑAMIENTO EN LA REVISIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SIVILAB PARA DESCARGAR RESULTADOS Y ENVIAR A LA RED DE LABORATORIOS POR CORREO ELECTRÓNICO	RECIBI ACOMPAÑAMIENTO EN LA REVISION DEL SISTEMA DE SIVILAB, DESCARGUE Y ENVIE RESULTADOS
REALIZACIÓN, RECOLECCIÓN, DESINFECCIÓN Y LAVADO DEL MATERIAL UTILIZADO EN LAS ÁREAS DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS DEFINIDOS POR EL LABORATORIO	REALICE LAVADO DE MATERIAL UTILIZADO DE DIFERENTES AREAS
REALIZACIÓN DE LIMPIEZA DE ÁREAS, EQUIPOS E INSTRUMENTOS DE LABORATORIOS ASIGNADOS DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS DEFINIDOS POR EL LABORATORIO	REALICE LIMPIEZA DE AREAS Y EQUIPOS
REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SU COMPETENCIA, ESTABLECIDOS EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA.	REALICE ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD
PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE INDUCCIÓN, RE INDUCCIÓN CAPACITACIÓN, REVISIONES CIENTÍFICAS Y DEMÁS REUNIONES REALIZADAS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS	PARTICIPE EN CAPACITACIONES EN EL LSPM DE RESIDUOS GENERADOS CON EL ING. LEONARDO CERVANTES



ACTIVIDADES DEL LABORATORIO Y LAS REQUERIDAS CON ENTES EXTERNOS.	
CUMPLIMIENTO CON LOS TURNOS ASIGNADOS EN LAS ÁREAS SEGÚN CRONOGRAMA DE COORDINACIÓN DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA.	CUMPLI CON LOS TURNOS ASIGNADOS
RECOMENDACIONES Y/U OBSERVACIONES:	

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	

INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
PLANILLA N°:	9502839258		
CONCEPTO DE PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD	COOSALUD	2026/04/15	\$225,000
PENSION	PORVENIR	2026/04/15	\$288,000
ARL	SURA	2026/04/15	\$43,900

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al informe No 02 de 4 que comprende el periodo 01/03/2026 – 31/03/2026 del año 2026

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta en a los 21 días del mes de abril 2026

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y
DA VISTO BUENO PARA PAGO


MAGDA KARINA ALARCON GOMEZ
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082856713		MERCADO MARTINEZ ACELA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ14 CA13	SANTA MARTA-MAGDALENA	3006275624	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000961	9502839258	I	2026/03/04	2026/04/15	BANCO DE BOGOTA	42	\$556,900

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$7,800	\$0	\$288,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$7,800	\$0	\$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$1,200	\$0	\$43,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$1,200	\$0	\$43,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$6,100	\$0	\$225,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	\$218,900	\$6,100	\$0	\$225,000
TOTAL				1	\$541,800	\$15,100	\$0	\$556,900

verificado

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1082856713		MERCADO MARTINEZ ACELA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ14 CA13	SANTA MARTA-MAGDALENA	3006275624	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000961	9502839258	I	2026/03/04	2026/04/15	BANCO DE BOGOTA	42	\$556,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC 1082856713	MERCADO ACELA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	ESSC24	30	\$1,750,905	\$218,900	0	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

Verificada


ACELA CAROLINA MERCADO MARTINEZ
AUXILIAR DE EMFERMERIA

Prestar sus servicios como auxiliar de Enfermería 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: Manzana 14 casa 13 Líbano 2000

Teléfono: 3006275624

Cuenta de Cobro: #002
Ciudad y Fecha Santa Marta 21 de abril del 2026

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
NIT: 800.103.920-6

Debe a:

ACELA CAROLINA MERCADO MARTINEZ
CC. 1.082.856.713

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 -0491-2026

Acela M.
ACELA CAROLINA MERCADO MARTINEZ
CC. 1.082.856.713

Santa Marta 21 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 21 de abril del 2026

Cordialmente,

Acela M.

Nombre: ACELA CAROLINA MERCADO MARTINEZ
CC. 1.082.856.713