

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YENNY ESMERALDA LOPEZ LOPEZ			CC:	52051413
CORREO ELECTRÓNICO:	yelopez972@yahoo.com			TELÉFONO:	3142761717
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 7 A ESTE 88 B 11 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0570004870368570
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3512 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.125.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 YENNY ESMERALDA LOPEZ LOPEZ PS_3512_2026_8647E0 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YENNY ESMERALDA LOPEZ LOPEZ CC: 52051413 CEL: 3142761717					

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

CON C.C N° 52.051.413

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR 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 3512 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/16
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.960.680	No. HORAS EJECUTADAS	168
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.960.680	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.125.200
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

ITEM	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	ORIENTAR AL USUARIO SOBRE LAS INSTRUCCIONES SOBRE LA RECOLECCION DE LAS MUESTAR,REALIZAR TOMAS DE MUESTRA DE ACUERDO A LOS EXAMENES SOLICITADOS, ORGANIZARLAS,ENBALARLAS ENTREGAR AL MENSAJERO,CLASIFICARLAS,PREPARAR EL MATERIAL NECESARIO PARA SU PROCESAMIENTO,RELIZAR LIMPIEZA Y DESINFECCION EN LAS AREAS Y SUPERFICIES Y EQUIPO ARTICIPAR EN JORNADA DE CAPACITACION ,ENTREGAR INFORMES OPRTUNOS.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1080776615	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/09	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/09	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/09	\$ 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 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



YENNY ESMERALDA LOPEZ LOPEZ

PS_3512_2026_8647E0

YENNY ESMERALDA LOPEZ LOPEZ

CC: 52051413

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



MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

PS_3512_2026_8647E0

MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

SUPERVISOR DEL CONTRATO