

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SAMUEL DAVID MORALES NARANJO			CC:	80037644
CORREO ELECTRÓNICO:	SAMUELDAMORALES@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3017671752
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 126 30 G 6 23			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	5170167968
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1114 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.126.550	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 SAMUEL DAVID MORALES NARANJO PS_1114_2026_4FD598 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SAMUEL DAVID MORALES NARANJO CC: 80037644 CEL: 3017671752					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SAMUEL DAVID MORALES NARANJO

CON C.C N°80.037.644

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA PATOLOGIA 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 1114 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 66.461.520	No. HORAS EJECUTADAS	35
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 66.461.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.126.550
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

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	Realicé el control de calidad de las citologías positivas, revisando la concordancia del diagnóstico con los hallazgos morfológicos observados.
2	Verifiqué y firmé los resultados positivos, asegurando precisión diagnóstica y cumplimiento con los criterios técnicos establecidos
3	Efectué el control de calidad del 10% de las citologías negativas, conforme al protocolo institucional de aseguramiento de la calidad
4	Desarrollé procedimientos diagnósticos correspondientes al manejo de patologías dentro del plan de atención definido para citología ginecológica
5	Respeté la confidencialidad de los datos clínicos de las pacientes, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales
6	Diligencié correctamente los formatos de seguimiento y diagnóstico, asegurando claridad, oportunidad e integridad en la información
7	Revisé y apliqué los procedimientos y guías institucionales vigentes para el procesamiento y reporte de citologías
8	Contribuí a la actualización del manual de procedimientos del área de citología, incorporando nuevas pautas de control de calidad
9	Apliqué de forma rigurosa los procedimientos de bioseguridad y gestión ambiental durante la manipulación de láminas y reactivos
10	Realicé el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, aplicando la técnica multimodal según protocolo de la OMS
11	Desarrollé mis funciones asignadas en Hospital San Blas, conforme a lo indicado por el supervisor y los lineamientos del contrato.

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° 6017565532	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/13	\$ 455.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/13	\$ 121.900
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 796.100
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	 SAMUEL DAVID MORALES NARANJO PS_1114_2026_4FD598 SAMUEL DAVID MORALES NARANJO CC: 80037644	
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CATHERINE LUGO CRISTIANO PS_1114_2026_4FD598 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_1114_2026_4FD598 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO	