

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEANDRA MAYERLING CASTIBLANCO CARDENAS			CC:	52827098
CORREO ELECTRÓNICO:	LEANDRACASTIBLANCO@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3012167656
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22 SUR # 52-20 INT 7			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	8188037603
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1028 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 649.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



LEANDRA MAYERLING CASTIBLANCO CARDENAS
PS_1028_2026_49C1B9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEANDRA MAYERLING CASTIBLANCO CARDENAS
CC: 52827098
CEL: 3012167656

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 LEANDRA MAYERLING CASTIBLANCO CARDENAS

CON C.C N° 52.827.098

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 1028 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	SEIS (6) 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 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	Realicé el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, aplicando la técnica multimodal según protocolo de la OMS
7	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

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93059635	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/01	\$ 66.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/01	\$ 84.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/01	\$ 12.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 163.600

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



LEANDRA MAYERLING CASTIBLANCO CARDENAS

PS_1028_2026_49C1B9

LEANDRA MAYERLING CASTIBLANCO CARDENAS

CC: 52827098

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

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
SUPERVISOR DEL CONTRATO