

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GLORIA CONSTANZA FRANCO GONZALEZ			CC:	52833749
CORREO ELECTRÓNICO:	conyfrango1@gmail.com			TELÉFONO:	3133773941
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 45 45 47 BLOQUE 8 APTO 404			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102653565
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1112 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 12.506.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 GLORIA CONSTANZA FRANCO GONZALEZ PS_1112_2026_F2104B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GLORIA CONSTANZA FRANCO GONZALEZ CC: 52833749 CEL: 3133773941					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 GLORIA CONSTANZA FRANCO GONZALEZ

CON C.C N° 52.833.749

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 1112 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 66.461.520	No. HORAS EJECUTADAS	140
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 66.461.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 12.506.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
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 diaria de láminas histológicas, activando alertas críticas en los casos que así lo requirieron según los lineamientos del servicio.
2	Efectué la macroscopia de los casos priorizados, teniendo en cuenta el nivel de urgencia definido por el equipo médico.
3	Limpieza y desinfección del microscopio al finalizar la jornada, registrando la actividad en el formato para tal fin.
4	Verifiqué los criterios diagnósticos en citologías positivas como parte del control de calidad establecido.
5	Realicé el procesamiento técnico de muestras quirúrgicas según el protocolo para el manejo de patologías específicas.
6	Mantuve el manejo ético y legal de la historia clínica en cada fase del proceso, garantizando confidencialidad.
7	Diligencié con claridad y oportunidad los formatos de macroscopia y lectura de láminas.
8	Apliqué correctamente los subsistemas de calidad, registrando hallazgos en los formatos correspondientes.
9	Cumplí tareas asignadas por el supervisor, relacionadas con el procesamiento especial de biopsias.
10	Participé en la revisión de políticas del proceso de acreditación, aportando desde la experiencia del servicio.
11	Mantuve estricta confidencialidad sobre los resultados clínicos y diagnósticos, conforme a la Ley.
12	Apliqué protocolos de bioseguridad y correcta disposición de residuos biológicos según la normativa vigente.
13	Realicé lavado de manos antes y después de cada procedimiento utilizando técnica multimodal.
14	Cumplí funciones en la Unidad Hospitalaria Santa Clara, de acuerdo con la asignación del 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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 86492210	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	\$ 625.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	\$ 800.400

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 121.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.547.700
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	 GLORIA CONSTANZA FRANCO GONZALEZ PS_1112_2026_F2104B GLORIA CONSTANZA FRANCO GONZALEZ CC: 52833749		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CATHERINE LUGO CRISTIANO PS_1112_2026_F2104B 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_1112_2026_F2104B MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52833749	GLORIA CONSTANZA FRANCO GONZALEZ		CLL 45#45-47 BLOQUE 8 APTO 404	6018126618	conyfrango1@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86492210	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.547.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	625.400	0		0		0	0	0	0	625.400	1

TOTALES PENSIÓN					Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	800.400		0	0	0	0	0	0		800.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	121.900					121.900	0	0	121.900			1.219	121.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	625.400	625.400
Pensión	1	800.400	800.400
Riesgos Laborales	1	121.900	121.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.547.700	1.547.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52833749	GLORIA CONSTANZA FRANCO GONZALEZ		CLL 45#45-47 BLOQUE 8 APTO 404	6018126618	conyfrango1@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86492210	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.547.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VGP	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 52833749	FRANCO GONZALEZ GLORIA CONSTANZA	59	0			N																25-14	5.002.480	30	800.400	0	0	0	0	EPS008	5.002.480	30	625.400	14-7	5.002.480	30	3	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Última actualización

Buscar

Exterior

Menú

Administración de contratos

Ver contrato

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

PorcentajeRecepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?SI No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
PS_1112_2026_FEBRERO_PLANTILLA02.pdf (Archivado)	PS_1112_2026_FEBRERO_PLANTILLA02.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 1112 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1112 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1 PS 1112 2026 CRP -8749.pdf	1 PS 1112 2026 CRP -8749.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 1112 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1112 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 1112 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1112 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 1112 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1112 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

BorrarCargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal