

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GLORIA INES PAEZ ALFONSO			CC:	52450171
CORREO ELECTRÓNICO:	GLORIA_PAEZ@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3154702282
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 ESTE # 30 39			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488410276940
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1155 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.352.900	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 GLORIA INES PAEZ ALFONSO PS_1155_2026_E6C618 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GLORIA INES PAEZ ALFONSO CC: 52450171 CEL: 3154702282					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
GLORIA INES PAEZ ALFONSO				
CON C.C N°		52.450.171		
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 1155 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	186	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.458.300	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.352.900	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA			
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	HE ORIENTADO AL USUARIO EXPLICÁNDOLE LA PREPARACIÓN QUE REQUIERE PARA SUS EXÁMENES.			
2	HE REALIZADO LA TOMA DE MUESTRAS DE LOS PACIENTES TOMANDO ADECUADAMENTE LOS TUBOS QUE REQUIERE PARA CADA UNO DE SUS EXÁMENES.			
3	HE DILIGENCIADO DE MANERA CLARA Y LEGIBLE LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA LA TOMA DE EXÁMENES.			
4	HE TRATADO DE MANERA RESPETUOSA Y HUMANA A CADA USUARIO QUE HE ATENDIDO.			
5	HE HECHO ENTREGA DE RESULTADOS A LOS USUARIOS Y SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN VERIFICANDO QUE PERTENEZCAN A CADA UNO DE ELLOS Y LOS DATOS PERSONALES ESTÉN SEAN CORRECTOS.			
6	HE REALIZADO LA DEBIDA LIMPIEZA DE LAS ÁREAS Y SUPERFICIES.			
7	PORTO MIS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NORMATIVAS DE LA ENTIDAD.			
8	HE PREPARADO EL MATERIAL NECESARIO PARA LA TOMA DE UNA MUESTRA VAGINAL O EL PROCESAMIENTO DE UNA MUESTRA DE ORINA O MATERIA FECAL.			
9	HE PARTICIPADO EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN Y REUNIONES REALIZADAS.			
10	HE INFORMADO A MI JEFE INMEDIATO SOBRE CUALQUIER NOVEDAD PRESENTADA EN LOS TURNOS.			
11	HAGO MI DEBIDA VERIFICACIÓN AL MOMENTOS DE HACER ALGÚN DESCARTE QUE SEA DEPOSITADO EN LA CANECA CORRESPONDIENTE PARA EVITAR ALGÚN TIPO DE ACCIDENTE.			
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° 76554716	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/12	\$ 218.900	

PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/12	\$ 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	 GLORIA INES PAEZ ALFONSO PS_1155_2026_E6C618 GLORIA INES PAEZ ALFONSO CC: 52450171		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA PS_1155_2026_E6C618 MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA SUPERVISOR DEL CONTRATO		