

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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		\$ 3.061.300	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 GLORIA INES PAEZ ALFONSO PS_1155_2026_1EB32D 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	242
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.190.700	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.061.300
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIO DE LABORATORIO, IMPARTIENDO LAS INSTRUCCIONES ESPECIFICAS SOBRE LA FORMA DE RECOLECCION DE LAS MUESTRAS Y LAS CONDICIONES COMO SE DEBE PRESENTAR AL EXAMEN
2	REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS DE ACUERDO CON LOS EXAMENES SOLICITADOS, ORGANIZARLAS, EMBALARLAS, ENTREGARLAS AL MENSAJERO, CLASIFICARLAS, DISTRIBUIRLAS PARA LAS DIFERENTES SECCIONES DEL LABORATORIO.
3	PREPARAR EL MATERIAL NECESARIO PARA SU PROCESAMIENTO PARA MONTAR LAS PRUEBAS REQUERIDAS DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS
4	HACER ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCION.
5	REALIZAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS Y EQUIPOS.
6	ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO CON EFICIENCIA Y EFICACIA
7	DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS
8	APLICAR LAS NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.
9	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
10	RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.
11	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.
12	CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS.
13	APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES.
14	PARTICIPAR EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA.
15	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION.
16	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.
17	VELAR PORQUE LA ATENCION SEA HUMANA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.
18	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTION AMBIENTAL.
19	SE DESARROLLARAN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA POR EL 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, <u>CERTIFICO</u> 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° 84068272	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 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 ningún 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_1EB32D 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_1EB32D MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA SUPERVISOR DEL CONTRATO		