

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA			CC:	20384941
CORREO ELECTRÓNICO:	LUSAFELO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3194094783
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 5 # 4 55			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO POPULAR	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	500804471670
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1026 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.725.800	
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				
 LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA PS_1026_2026_A8F057 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA CC: 20384941 CEL: 3194094783					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA

CON C.C N°

20.384.941

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE 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 1026 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.657.120	No. HORAS EJECUTADAS	210
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.549.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.725.800
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	Recibí las muestras quirúrgicas de la subred y realicé su registro en el libro del laboratorio de patología para iniciar su trazabilidad.
2	Transporté las muestras de patología de los diferentes hospitales hasta el laboratorio de patología, dejando constancia del traslado en el formato institucional.Revisé que en las salas quirúrgicas de los hospitales se contara con suficientes frascos, formol y demás elementos propios del servicio.
3	Asistí a la reunión mensual del equipo de laboratorio, donde se discutieron los indicadores de calidad y mejoras en el proceso de recepción de muestras.Elaboré y envié el pedido mensual de papelería, e insumos propios del servicio.
4	Verifiqué el estado de afiliación de los contratistas en el sistema de seguridad social y apoyé la validación de las cuentas de cobro mensuales.
5	Archivé en carpetas codificadas las actas de reuniones y documentos de gestión, preparándolos para su posterior transferencia según el cronograma documental.
6	Registré novedades del personal de planta como licencias y ausencias en el formato de control mensual, para su envío a talento humano.
7	Orienté a un usuario sobre los documentos necesarios para acceder al servicio de patología, brindando atención clara y respetuosa.
8	Apoyé la consolidación de las estadísticas mensuales de recepción de muestras y entregué los datos a la oficina de apoyo.
9	Realicé la matrícula de los casos ingresados al área de macroscopia, asignando su respectivo número de identificación interno.
10	Entregué los insumos solicitados por el área de histotecnología, verificando su almacenamiento adecuado,
11	Realicé el trámite ante Medicina Legal para la identificación de un cuerpo no reclamado, cumpliendo con las normas de bioseguridad y los registros requeridos.
12	Realicé el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, aplicando la técnica multimodal según protocolo de la OMS.
13	Apliqué los protocolos de bioseguridad al manipular residuos infecciosos, asegurando su disposición en los contenedores autorizados.
14	Brindé atención cálida y respetuosa a los familiares de un paciente fallecido, explicándoles el proceso administrativo de entrega del cuerpo.

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° 1082997677	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/23	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/23	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/06/23	\$ 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	 LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA PS_1026_2026_A8F057 LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA CC: 20384941
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CATHERINE LUGO CRISTIANO PS_1026_2026_A8F057 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_1026_2026_A8F057 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO

Fecha creación reporte: 2026-07-01, 08:55:46 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1082997677

Periodo Cotización:

mayo de 2026

Periodo Servicio:

mayo de 2026

PAGADO 23/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA		
Documento	CC20384941	Dirección	CLL 5 N 4 55
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	8486182
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	CHOACHI	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	OSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 20384941	LUISA FERNANDA LOPEZ BOBADILLA	57	00																		0	0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS017) FAMILANAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(CCF21) CAFAM	\$ 1.750.905	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900	\$ 5.700	\$ 582.600

[Escritorio](#) ➡ [Menú](#) ➡ [Administración de contratos](#) ➡ **Ver contrato**

- 7 Ejecución del Contrato

 Cancel

< Evaluación de la Entidad Estatal >

[VER CONTRATO](#)

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ 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 1026 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf.pdf	PS 1026 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	1 PS 1026 2026 CRP -8430.pdf	1 PS 1026 2026 CRP -8430.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 1026 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf.pdf.pdf	PS 1026 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 1026 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf	PS 1026 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 1026 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026..pdf	PS 1026 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026..pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >