

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA MARCELA HUERFANO MUAJE			CC:	52445653
CORREO ELECTRÓNICO:	LINA.HUERFANO@YAHOO.COM			TELÉFONO:	3132464244
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 25 41 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	079160966
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1111 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		S 2.501.240	
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				
 LINA MARCELA HUERFANO MUAJE PS_1111_2026_8896F0 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA MARCELA HUERFANO MUAJE CC: 52445653 CEL: 3132464244					

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

LINA MARCELA HUERFANO MUAJE

CON C.C N°

52.445.653

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 1111 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 66.461.520	No. HORAS EJECUTADAS	28
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 66.461.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.501.240
--	---------------	---	--------------

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 el control de calidad de las citologías positivas, revisando la concordancia del diagnóstico con los hallazgos morfológicos observados.
2	Verifiqué y firmé los resultados positivos, asegurando precisión diagnóstica y cumplimiento con los criterios técnicos establecidos.
3	Efectué el control de calidad del 10% de las citologías negativas, conforme al protocolo institucional de aseguramiento de la calidad.
4	Desarrollé procedimientos diagnósticos correspondientes al manejo de patologías dentro del plan de atención definido para citología ginecológica.
5	Respeté la confidencialidad de los datos clínicos de las pacientes, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales.
6	Diligencie correctamente los formatos de seguimiento y diagnóstico, asegurando claridad, oportunidad e integridad en la información.
7	Revisé y apliqué los procedimientos y guías institucionales vigentes para el procesamiento y reporte de citologías.
8	Contribuí a la actualización del manual de procedimientos del área de citología, incorporando nuevas pautas de control de calidad.
9	Apliqué de forma rigurosa los procedimientos de bioseguridad y gestión ambiental durante la manipulación de láminas y reactivos.
10	Realicé el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, aplicando la técnica multimodal según protocolo de la OMS.
11	Desarrollé mis funciones asignadas en Hospital San Blas, conforme a lo indicado por el supervisor y los lineamientos del contrato.

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° 9506376395	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/17	\$ 1.066.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/17	\$ 1.450.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/17	\$ 207.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.725.100

- 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 LINA MARCELA HUERFANO MUAJE PS_1111_2026_8896F0 LINA MARCELA HUERFANO MUAJE CC: 52445653
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CATHERINE LUGO CRISTIANO PS_1111_2026_8896F0 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_1111_2026_8896F0 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52445653		HUERFANO MUJE LINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 10 No 25 - 41 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3082576	Si
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	398552868	9506376395	I	2026/06/12	2026/06/17	BANCO DE BOGOTA	\$2,735,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,450,600	\$5,400	\$0	\$1,456,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,450,600	\$5,400	\$0	\$1,456,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$207,900	\$800	\$0	\$208,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$207,900	\$800	\$0	\$208,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,066,600	\$4,000	\$0	\$1,070,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$1,066,600	\$4,000	\$0	\$1,070,600
TOTAL				1	\$2,725,100	\$10,200	\$0	\$2,735,300