

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
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 2026/07/01 AL 2026/07/30				
 LINA MARCELA HUERFANO MUAJE PS_1111_2026_991DED 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 (2026-07-01) AL (2026-07-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9506967639	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/25	\$ 1.000.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/25	\$ 1.360.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/25	\$ 194.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.554.900

- 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	<i>LINA MARCELA HUERFANO MUAJE</i> <i>PS_1111_2026_991DED</i> LINA MARCELA HUERFANO MUAJE CC: 52445653
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<i>CATHERINE LUGO CRISTIANO</i> <i>PS_1111_2026_991DED</i> CATHERINE LUGO CRISTIANO SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> <i>PS_1111_2026_991DED</i> 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 MUAJE 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
2026-06	2026-06	420427905	9506967639	I	2026/07/14	2026/06/25	BANCO DE BOGOTA	\$2,554,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000			\$0	\$0			\$8,000,000	\$194,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000			\$0	\$0			\$8,000,000	\$194,900		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000			\$0	\$0			\$8,000,000	\$194,900		\$0	\$0	
1	CC	52445653	HUERFANO LINA	25-14	30	\$8,000,000	\$1,360,000	EPS008	30	\$8,000,000	\$1,000,000		0	\$0	\$0	14-7	30	\$8,000,000	\$194,900	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000			\$0	\$0			\$8,000,000	\$194,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52445653		HUERFANO MUAJE 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
2026-06	2026-06	420427905	9506967639	I	2026/07/14	2026/06/25	BANCO DE BOGOTA	\$2,554,900

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,360,000	\$0	\$0	\$1,360,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,360,000	\$0	\$0	\$1,360,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$194,900	\$0	\$0	\$194,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$194,900	\$0	\$0	\$194,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,000,000	\$0	\$0	\$1,000,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$1,000,000	\$0	\$0	\$1,000,000
TOTAL				1	\$2,554,900	\$0	\$0	\$2,554,900