

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIELA MERCHAN ARROYO			CC:	1033800300	
CORREO ELECTRÓNICO:	DANIELAMERCHANARROYO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3123727459	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 18J 76 64 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	447281874	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1160 2025	N° CDP:	1276	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.931.897					



DANIELA MERCHAN ARROYO
PS_1160_2025_9112B4-2025-06-13 15:12:23

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DANIELA MERCHAN ARROYO

CC: 1033800300

CEL: 3123727459

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
DANIELA MERCHAN ARROYO				
CON C.C N°			1.033.800.300	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1160 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.934.208	No. HORAS EJECUTADAS	187	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.791.115	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.931.897	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		CENTRO DE SALUD SAN JORGE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ELIZABETH COY JIMENEZ		
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	APOYO LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR EL ODONTOLOGO DEL SERVICIO.			
2	APOYO LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR EL ODONTOLOGO DEL SERVICIO.			
3	REALIZO LA DESINFECCION DE LAS UNIDADES Y GESTIONO LA ESTERILIZACION.			
4	VERIFICO LOS INSUMOS Y MATERIALES FALTANTES PARA SOLICITARLOS AL AREA ENCARGADA.			
5	CUMPLO CON LAS PROTOCOLOS Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD.			
6	CUMPLO CON LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR MI SUPERVISOR,SEGÚN LAS NECESIDADES.			
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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 87367173	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/06/12	\$ 179.000	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/06/12	\$ 229.000	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/12	\$ 34.900	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 442.900	

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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



DANIELA MERCHAN ARROYO

PS_1160_2025_9112B4-2025-06-13 15:12:23

DANIELA MERCHAN ARROYO

CC: 1033800300

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



ELIZABETH COY JIMENEZ

PS_1160_2025_9112B4-2025-06-16 21:33:54

ELIZABETH COY JIMENEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO