

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA VALENTINA PAEZ REYES			CC:	1000130935
CORREO ELECTRÓNICO:	PAEZREYESLAURAVALENTINA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3106800819
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80H 57B 22 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	033395971
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1130 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.014.545	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
<div><div>LAURA VALENTINA PAEZ REYES PS_1130_2025_B0C0EC</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA VALENTINA PAEZ REYES CC: 1000130935 CEL: 3106800819</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LAURA VALENTINA PAEZ REYES

CON C.C N°1.000.130.935

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 1130 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.686.264	No. HORAS EJECUTADAS	195
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 26.147.761	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.014.545
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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	APOYAR LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS QUE REALICE EL ODONTOLOGO DEL SERVICIO
2	APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA, REALIZANDO LOS RESPECTIVOS INFORMES, O DILIGENCIAMIENTO DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL AREA.
3	APOYAR ACTIVIDADES DEL PROCESO DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CONFORME A PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
4	GARANTIZAR EL DEBIDO MANEJO DE LOS INSUMOS, Y ELEMENTOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, EN LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LOS PROTOCOLOS Y/O GUIAS INSTITUCIONALES
5	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD
6	6. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
7	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON 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, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9495143705	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/16	\$ 178.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/16	\$ 228.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/16	\$ 34.900
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 442.600
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	<div><div>LAURA VALENTINA PAEZ REYES</div><div>PS_1130_2025_B0C0EC</div><div>LAURA VALENTINA PAEZ REYES</div><div>CC: 1000130935</div></div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</div><div>PS_1130_2025_B0C0EC</div><div>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>	