

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NEIDY ELIZABETH GOMEZ TORRES		CC:	52937016	
CORREO ELECTRÓNICO:	NEIDYGOMEZ1005@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3222121721	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48I BIS A SUR 10 46		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488412481795

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1141 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.221.222
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		



NEIDY ELIZABETH GOMEZ TORRES
PS_1141_2025_445ACB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NEIDY ELIZABETH GOMEZ TORRES

CC: 52937016

CEL: 3222121721

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

NEIDY ELIZABETH GOMEZ TORRES

CON C.C N°

52.937.016

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNOLÓGICO COMO HIGIENISTA ORAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1141 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.185.488	No. HORAS EJECUTADAS	111
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.273.958	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.221.222
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
------------------------------------------------	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES
------------------------------------------------------	---------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
-------------------------------	--------------------------------

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	Prestar sus servicios como higienista oral para el desarrollo de las actividades conforme al estándar institucional 3 pacientes por hora
2	Apoyar la prestación de servicios de odontología, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales
3	Apoyar actividades del proceso de limpieza, desinfección y esterilización, conforme a protocolos institucionales
4	Apoyar la ejecución de las actividades realizadas por el odontólogo del servicio
5	Las demás obligaciones que se requieran para dar cumplimiento al contrato y que se acuerden con el supervisor, Apoyar actividades según la necesidad de la institución

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° 9494958269	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/12	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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 ibr 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



NEIDY ELIZABETH GOMEZ TORRES

PS_1141_2025_445ACB

NEIDY ELIZABETH GOMEZ TORRES

CC: 52937016

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_1141_2025_445ACB

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52937016		GOMEZ TORRES NEIDY ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 481 BIS A SUR #10-46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3222121721	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2089869192	9497997350	I	2026/01/07	2026/01/19	BANCO DAVIVIENDA	12	\$459,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO		NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES			Total Aportes																																														
No	Identificación	Nombre	ing	ret	te	ta	td	tp	vs	co	pr	st	sn	lm	va	ac	av	pv	lvt	vi	Codig	Dias	IBC		Aporte	Codig	Dias	IBC	Aporte	Codig	Dias	IBC	Aporte	Codig	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF																												
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																												\$1,600,000	\$256,000	\$1,600,000	\$200,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$456,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																												\$1,600,000	\$256,000	\$1,600,000	\$200,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$456,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																												\$1,600,000	\$256,000	\$1,600,000	\$200,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$456,000
1	CC 52937016	GOMEZ NEIDY																				231001	30	\$1,600,000	\$256,000	EPS008	30	\$1,600,000	\$200,000	0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$0	No	\$456,000																									
Total Afiliados (1)			\$1,600,000	\$256,000	\$1,600,000	\$200,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$456,000																												

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$256,000	\$1,900	\$0	\$257,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$256,000	\$1,900	\$0	\$257,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$1,500	\$0	\$201,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$200,000	\$1,500	\$0	\$201,500
TOTAL				1	\$456,000	\$3,400	\$0	\$459,400