

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | SANDRA PATRICIA CARRANZA RODRIGUEZ | | CC: | 53090945 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | SANDRAJASAR@HOTMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3122967638 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 44B 71 45 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 004870357706 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 4624 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 1.983.552 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/02/07 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/15 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31 | | |



SANDRA PATRICIA CARRANZA RODRIGUEZ
PS_4624_2025_7A8D62

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

SANDRA PATRICIA CARRANZA RODRIGUEZ

CC: 53090945

CEL: 3122967638

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

SANDRA PATRICIA CARRANZA RODRIGUEZ

CON C.C N° 53.090.945

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ODONTÓLOGO/A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 4624 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/02/07 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 5.380.385 | No. HORAS EJECUTADAS | 192 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 20.856.223 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 1.983.552 |
|---|---------------|--|--------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOCE (12) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD CRUCES

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 | Colaborar en las actividades que realicen los odontólogos de servicio diariamente. |
| 2 | Apoyar la prestación de servicios de odontología, diligenciando soportes que soliciten de acuerdo al diligenciamiento de odontogramas y consentimientos informados durante los procedimientos de consulta. |
| 3 | Realización del proceso de limpieza y desinfección diaria y terminal de las unidades odontológicas, registro de planillas, proceso de esterilización del instrumental con su respectivo libro de control. |
| 4 | Garantizar la seguridad y manipulación de los residuos e insumos, aplicando el control de caducidad. |
| 5 | Llevar a cabo las normas establecidas. |

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° 1077308842 | OPERADOR: | SIMPLE |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2025/12/12 | \$ 178.000 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 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



SANDRA PATRICIA CARRANZA RODRIGUEZ

PS_4624_2025_7A8D62

SANDRA PATRICIA CARRANZA RODRIGUEZ

CC: 53090945

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_4624_2025_7A8D62

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-26, 04:20:51 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1077994082

Periodo Cotización:

diciembre de 2025

Periodo Servicio:

diciembre de 2025

Referencia pago (PIN):

8810855293

PAGADO 24/01/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|----------------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Razón Social | SANDRA PATRICIA CARRANZA RODRIGUEZ | | |
| Documento | CC53090945 | Dirección | CRA 44B 71 45 SUR PRADERA ESPERANZA |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 7170714 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total | | | | | | | | | | |
|--------------------|------------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|----------|----------|----------|----------|---------------------|--------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TOP | TAP | VSP | CDR | VST | SUN | ICE | LMA | VAC | AVP | VCT | IPP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total | |
| CC 53090945 | SANDRA PATRICIA CARRANZA RODRIGUEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | \$ 1.423.500 | \$ 227.800 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.423.500 | \$ 178.000 | 2.436 | \$ 1.423.500 | \$ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 440.500 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0 | \$ 227.800 | \$ 178.000 | \$ 34.700 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 440.500 | \$ 3.400 | \$ 443.900 |