


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EDITH SANCHEZ RODRIGUEZ		CC:	39581190	
CORREO ELECTRÓNICO:	EDITHSANCHEZR77@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3103140713	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53 16 15		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480347460

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1059 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.484.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		

 EDITH SANCHEZ RODRIGUEZ  
PS\_1059\_2025\_A7AC7C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

EDITH SANCHEZ RODRIGUEZ

CC: 39581190

CEL: 3103140713

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

**EDITH SANCHEZ RODRIGUEZ**

CON C.C N°

**39.581.190**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO 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 1059 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/01

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 13.939.584 **No. HORAS EJECUTADAS** 186

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 48.807.280 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.484.896

**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

**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	REALIZAR 4 ACTIVIDADES POR HORA O 3 SESIONES POR HORA ENMARCADAS DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICITEN Y QUE CORRESPONDAN AL OBJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.
6	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIOS (CAPS).
7	APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 9497466049	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/09	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/09	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/09	\$ 34.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>EDITH SANCHEZ RODRIGUEZ</i> <i>PS_1059_2025_A7AC7C</i></p> <hr/> <p><b>EDITH SANCHEZ RODRIGUEZ</b> <b>CC: 39581190</b></p>		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</i> <i>PS_1059_2025_A7AC7C</i></p> <hr/> <p><b>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>		