

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
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		\$ 1.983.552	
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				
 LAURA VALENTINA PAEZ REYES PS_1130_2025_D9E243 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA VALENTINA PAEZ REYES CC: 1000130935 CEL: 3106800819					

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	192	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 28.089.989	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.983.552	
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	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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9496951444	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/14	\$ 178.600	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/14	\$ 228.500	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/14	\$ 34.900	
OTRO				

TOTAL PAGADO		\$ 442.000
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, pensión, 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	 LAURA VALENTINA PAEZ REYES PS_1130_2025_D9E243 LAURA VALENTINA PAEZ REYES CC: 1000130935	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_1130_2025_D9E243 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO	