

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	SONIA JANNETH MALDONADO MARQUEZ		CC:	52820932	
CORREO ELECTRÓNICO:	SONIAMALDONADOMARQUEZ@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3142735389	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 36 SUR 12G 49		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400719756

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1045 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.756.270
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		



SONIA JANNETH MALDONADO MARQUEZ
PS_1045_2025_958017

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

SONIA JANNETH MALDONADO MARQUEZ

CC: 52820932

CEL: 3142735389

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SONIA JANNETH MALDONADO MARQUEZ

CON C.C N° 52.820.932

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 1045 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 7.686.264 **No. HORAS EJECUTADAS** 170

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 24.980.358 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 1.756.270

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD LIBERTADORES

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 | Se Realizo el Apoyo a la realizacion de las actividades que realicen los odontologos del servicio diariamente en la preparacion de materiales y del instrumental que se vaya a necesitar en la consulta, diligenciamiento del odontograma y consentimientos informados del mes de Diciembre se realizo a cabalidad. |
| 2 | Se Apoyo la prestacion de servicios de odontologia, presentando la informacion y/o soportes que soliciten y que corresponda al objeto y/o actividades contractuales, diligenciamientos de historias clinicas y procedimientos realizados durante las consultas del mes de Diciembre. |
| 3 | Se Realizo el proceso de limpieza y desinfeccion diaria y terminal de las unidades odontologicas y registradas en la planilla; al igual tambien se realizo el proceso de esterilizacion dos veces al dia y el registro en el respectivo libro de control en el mes de Diciembre. |

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° 1077201847	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	\$ 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 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



SONIA JANNETH MALDONADO MARQUEZ

PS_1045_2025_958017

SONIA JANNETH MALDONADO MARQUEZ

CC: 52820932

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_1045_2025_958017

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

