

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HEIDY DAYANNA MONROY PEÑA		CC:	1001173825	
CORREO ELECTRÓNICO:	MONROYDAYANA985@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3046371024	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 3A 7 17 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488451971599

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2166 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.352.900
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



HEIDY DAYANNA MONROY PEÑA
PS_2166_2026_E72538

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HEIDY DAYANNA MONROY PEÑA

CC: 1001173825

CEL: 3046371024

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

HEIDY DAYANNA MONROY PEÑA

CON C.C N°

1.001.173.825

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2166 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.764.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.352.900
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

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

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 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, |
| 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 |

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7550755	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/05/12	\$ 219.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/12	\$ 281.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/12	\$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 543.600

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



HEIDY DAYANNA MONROY PEÑA

PS_2166_2026_E72538

HEIDY DAYANNA MONROY PEÑA

CC: 1001173825

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_2166_2026_E72538

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO