

PAGADO 09/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SONIA JANNETH MALDONADO MARQUEZ		
Documento	CC52820932	Dirección	CL 60 SUR #22 A - 13
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3142735389
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

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	TAE	TAE	TAP	TAP	USP	COR	SVT	IGE	LME	UMA	VAC	VAC	VCT	IND	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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 52820932	SONIA JANNETH MALDONADO MARQUEZ	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.750.905	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900

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
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900	\$ 700	\$ 577.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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 3319 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.352.900	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



SONIA JANNETH MALDONADO MARQUEZ
PS_3319_2026_E7E8D5

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 SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3319 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/20
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.921.430	No. HORAS EJECUTADAS	186	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.298.330	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.352.900	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO			
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	1. APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS QUE REALICE EL ODONTÓLOGO DEL SERVICIO			
2	2. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA, REALIZANDO LOS RESPECTIVOS INFORMES, O DILIGENCIAMIENTO DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL ÁREA.			
3	3. APOYAR ACTIVIDADES DEL PROCESO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN CONFORME A PROTOCOLOS INSTITUCIONALES			
4	4. GARANTIZAR EL DEBIDO MANEJO DE LOS INSUMOS, Y ELEMENTOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EN LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LOS PROTOCOLOS Y/O GUÍAS INSTITUCIONALES.			
5	5.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD. 6			
6	6. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
7	7. SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.			
8	8. LAS DEMÁS 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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 1081989878	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/09	\$ 218.900	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/09	\$ 280.200	

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/09	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
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_3319_2026_E7E8D5 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_3319_2026_E7E8D5 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO		