

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                  |         |              |            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                  |         |              |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                              | CAROLINA RICO RICO           |                                                  |         | CC:          | 65730797   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                               | CAROYRICO@YAHOO.COM          |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3102403540 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                              | CL 14 119 A 10               |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DE BOGOTA              | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 102606811  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                  |         |              |            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                  | PS 3221 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 6.848.000 |            |
| 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 |                                                  |         |              |            |
| <div><div><div>CAROLINA RICO RICO<br/>PS_3221_2025_FD9C23</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>CAROLINA RICO RICO<br/>CC: 65730797<br/>CEL: 3102403540</div></div> |                              |                                                  |         |              |            |

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

CAROLINA RICO RICO

CON C.C N°

65.730.797

|                      |                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3221 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |               |                      |   |
|----------------------------|---------------|----------------------|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 20.544.000 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|----------------------------|---------------|----------------------|---|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 89.024.000 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.848.000 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                  |
|-----------------------------------------|------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRECE (13) MESES |
|-----------------------------------------|------------------|

|                                               |                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|

|                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ |
|------------------------|---------------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
| 1    | Se cumplio con el 100% de las actividades                                                                                                                                                                           |

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° 91442344     | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SANITAS         | 2025/12/10    | \$ 342.397   |
| PENSIÓN:           | COLPENSIONES    | 2025/12/10    | \$ 438.268   |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/10    | \$ 66.726    |
| OTRO               |                 |               |              |
| TOTAL PAGADO       |                 |               | \$ 847.391   |

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



CAROLINA RICO RICO  
PS\_3221\_2025\_FD9C23

CAROLINA RICO RICO  
CC: 65730797

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ  
PS\_3221\_2025\_FD9C23

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ  
SUPERVISOR DEL CONTRATO

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 07/01/2026               | 2954525         | \$847.700 |     |

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 342.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 342.500       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 438.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 438.400       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                      |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-7                      | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 66.800                 |                  |       |                        | 66.800                | 0         | 0                     | 66.800              |                            |                     | 668               | 66.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 342.500                             | 342.500       |
| Pensión                | 1                              | 438.400                             | 438.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 66.800                              | 66.800        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 847.700                             | 847.700       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                    |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE   |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 65730797          | CAROLINA RICO RICO |        | CALLE 14 # 119 A 10 | 5487879            | caroyrico@yahoo.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL    | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                    |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                    |        |                     |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                    |        |                     |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 07/01/2026               | 2954525         | \$847.700     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                     |           |         |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |    |    |         |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |         |                        |              |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|----|---------|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|--------------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                     |           |         |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     |    |    | PENSIÓN |    |    |    |    |          | SALUD     |            |                      | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 | CCF      |         |                        | PARAFISCALES |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IDE | MA | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL     | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC   | 65730797              | RICO RICO CAROLINA  | 59        | 0       | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |    |    |         |    |    |    |    | 25-14    | 2.740.000 | 438.400    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | EPS005  | 2.740.000              | 342.500      | 14-7    | 2.740.000       | 3          | 66.800     |         | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA

26/1/26, 13:38

[Página principal](#)

Editar

[Actualizar el contenido](#)

UTC -5 13:38:41

CAROLINA RICO RICO



Buscar...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escriorio](#) [Menú](#) [Administración de contratos](#) [Ver Contrato](#)

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? ☐ Si ☒ No

ID de pago Número de factura Fecha de asunto Fecha de recepción Valor total de la factura Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                          | Nombre del archivo                          | Subido por                                                  |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CTO PS 3221 2025 CTA ENERO 2025.pdf         | CTO PS 3221 2025 CTA ENERO 2025.pdf         | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 3222 2025 CTA COBRO FEBRERO25..pdf       | PS 3222 2025 CTA COBRO FEBRERO25..pdf       | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 3221 2025 CTA COBRO MARZO25..pdf         | PS 3221 2025 CTA COBRO MARZO25..pdf         | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 3221 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf       | PS 3221 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf       | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 3221 2025 CTA MAYO SECOP.pdf             | PS 3221 2025 CTA MAYO SECOP.pdf             | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 3221 2025.pdf | SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 3221 2025.pdf | Comprador <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 1 PS 3221 2025 CRP-5067.pdf                 | 1 PS 3221 2025 CRP-5067.pdf                 | Comprador <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

<https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.14084201>

1/2

26/1/26, 13:38

Editar

|                                                                        |                                               |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2 PS 3221 2025 CRP-12367.pdf                  | 2 PS 3221 2025 CRP-12367.pdf                  | Comprador <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 3221 2025 CERTIFICACION JUNIO.pdf          | PS 3221 2025 CERTIFICACION JUNIO.pdf          | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 3221 CTA JULIO.CERTIFICADO.pdf             | PS 3221 CTA JULIO.CERTIFICADO.pdf             | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3 PS 3221 2025 CRP-19502.pdf                  | 3 PS 3221 2025 CRP-19502.pdf                  | Comprador <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_3221_2025_AGOСТО_PLANILLASS.pdf            | PS_3221_2025_AGOСТО_PLANILLASS.pdf            | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 3221 PLANILLA SEP.pdf                      | PS 3221 PLANILLA SEP.pdf                      | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 3221 2025 CTA COBRO OCBRE 2025.pdf         | PS 3221 2025 CTA COBRO OCBRE 2025.pdf         | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 3221 2025 CTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf | PS 3221 2025 CTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo