


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| 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 1699 2026 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 6.848.000 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/02/03 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/05/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 | | |


CAROLINA RICO RICO
PS_1699_2026_C53157

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CAROLINA RICO RICO

CC: 65730797

CEL: 3102403540

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 PROFESIONAL ESPECIALIZADO V 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 1699 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/03

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 27.392.000 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 27.392.000 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.848.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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 CUMPLIO AL 100%

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° 82824979 | OPERADOR: | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2026/05/12 | \$ 342.397 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/05/12 | \$ 438.268 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/05/12 | \$ 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



CAROLINA RICO RICO

PS_1699_2026_C53157

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_1699_2026_C53157

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO