

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON		<b>CC:</b>	53095788	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	LEISAENZR@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3112174396	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 19D 1F 55 APTO 201		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BBVA COLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	178004094

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5617 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 8.299.800
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/06/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/15
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON  
PS\_5617\_2025\_3A8987

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON

CC: 53095788

CEL: 3112174396

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

**LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON**

**CON C.C N°**

**53.095.788**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS REFERENTE DEL AREA DE CONVENIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5617 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/06/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 7.685.000	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 65.168.800	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 8.299.800
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	OCHO (8) MESES
--	----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
--	---------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	CÉSAR AUGUSTO CORTÉS AMAYA
-------------------------------	----------------------------

**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)

<b>ITEM</b>	1. LIDERAR EL PROCESO DE LIQUIDACION DE CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS QUE ESTAN A CARGO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE2. REALIZAR Y COORDINAR EL APOYO A LA SUPERVISION MEDIANTE EL SEGUIMIENTO TECNICO, ADMINISTRATIVO, FINANCIERO DE LOS CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE 3. ELABORAR Y PRESENTAR LOS INFORMES CORRESPONDIENTES A LOS CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO POR LA SUBRED Y/O LOS REQUERIMIENTOS DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL CONTRATO.4. REALIZAR ACTIVIDADES COORDINADAS CON LAS AREAS CUYA PARTICIPACION SEA NECESARIA PARA DAR RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DE LOS CIUDADANOS, DEL CONCEJO DE BOGOTA Y ENTES CONTROL, QUE SE ORIGINEN CON OCASION A LOS CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE5. CERTIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE 6. ACOMPAÑAMIENTO A COMITES Y DEMAS REUNIONES QUE SE DESARROLLEN REFERENTE A LOS CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE7. ORGANIZAR LA GESTION DOCUMENTAL DIGITAL Y FISICA DE LOS CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS ESTABLECIDOS EN LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE 8. LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, QUE SE DERIVEN O TENGAN RELACION CON LA NATURALEZA DEL MISMO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
-------------	--

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 92173356	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/22	\$ 415.000

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/22	\$ 531.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/22	\$ 80.900
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 1.027.100</b>



**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON</i> <i>PS_5617_2025_3A8987</i></p> <hr/> <p><b>LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON</b> <b>CC: 53095788</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>CÉSAR AUGUSTO CORTÉS AMAYA</i> <i>PS_5617_2025_3A8987</i></p> <hr/> <p><b>CÉSAR AUGUSTO CORTÉS AMAYA</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53095788	LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON		CALLE 13 SUR N. 24 B - 69 TORRE 2 APTO	0000000000	LEISAENZR@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		4773985	22/01/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	\$0	\$1.027.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	415.000	0		0		0	0	0	0	415.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	531.200	0	0	0	0	0	0		531.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	80.900				80.900	0	0	80.900			809	80.900	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	415.000	415.000
Pensión	1	531.200	531.200
Riesgos Laborales	1	80.900	80.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.027.100</b>	<b>1.027.100</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53095788	LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON		CALLE 13 SUR N. 24 B - 69 TORRE 2 APTO	0000000000	LEISAENZR@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		4773985	22/01/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	\$0	\$1.027.100	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																							
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Corriente	Bahipio	Extranjero	Calom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UP	UPP	UPV	SEN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN								
1	CC 53095788	SAENZ RINCON LEIDY CAROLINA	59	0			N																	230301	3.320.000	30	531.200	0	0	0	0	EPS008	3.320.000	30	415.000	14-23	3.320.000	30	3	80.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA