

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON		CC:	53095788	
CORREO ELECTRÓNICO:	LEISAENZR@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3112174396	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 13 S # 24B - 69		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	178004094

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2776 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 8.487.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28		



LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON
PS_2776_2026_190491

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

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO VIII (REFERENTE CONVENIOS) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2776 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 33.948.800	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.948.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.487.200
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR: 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)

ITEM	<p>1. LIDERAR EL PROCESO DE LIQUIDACION DE CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS QUE ESTAN A CARGO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE. 2. 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 ESE. 5. 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 ESE. 7. 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. APOYAR LA ORGANIZACION DE GESTION DOCUMENTAL DE LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED. 9. 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. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.</p>
-------------	---

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 48669050	OPERADOR:	MI PLANILLA
-------------------------	-------------	------------------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/27	\$ 415.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/27	\$ 531.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/02/27	\$ 80.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.027.100

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	 <p><i>LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON</i> <i>PS_2776_2026_190491</i></p> <hr/> <p>LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON CC: 53095788</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>CÉSAR AUGUSTO CORTÉS AMAYA</i> <i>PS_2776_2026_190491</i></p> <hr/> <p>CÉSAR AUGUSTO CORTÉS AMAYA SUPERVISOR DEL CONTRATO</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
		71603344	31/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$1.059.500	

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	425.000	0		0		0	11	3.100	0	428.100	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	544.000	0	0	0	0	11	3.900	0	547.900	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	82.900				82.900	11	600	83.500			829	83.500	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	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	425.000	428.100
Pensión	1	544.000	547.900
Riesgos Laborales	1	82.900	83.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.051.900	1.059.500

