

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------|------------|-----------|
| 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 2026/03/01 AL 2026/03/31 | | |



LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON
PS_2776_2026_0C21B2

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: | MIGUEL ÁNGEL TELLO MEDINA |
|-------------------------------|---------------------------|

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.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 LASUPERVISION MEDIANTE EL SEGUIMIENTO TECNICO, ADMINISTRATIVO, FINANCIERO DE LOS CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE 3. ELABORAR YPRESENTAR LOS INFORMES CORRESPONDIENTES A LOS CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO POR LA SUBRED Y/O LOS REQUERIMIENTOS DE ACUERDOA LA NATURALEZA DEL CONTRATO.4. REALIZAR ACTIVIDADES COORDINADAS CON LAS AREAS CUYA PARTICIPACION SEA NECESARIA PARA DAR RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DE LOSCIUDADANOS, 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 SEDESARROLLEN REFERENTE A LOS CONVENIOS Y SUS CONTRATOS DERIVADOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE7. ORGANIZAR LA GESTION DOCUMENTAL DIGITAL Y FISICA DE LOS CONVENIOSY 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 ACORDADASCON 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 PARTEINTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATOCONTENIDAS 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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|-------------------------|-------------|------------------|-------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 71603344 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|-------------------------|-------------|------------------|-------------|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---------------------|-----------|---------------|---------------------|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/03/30 | \$ 428.100 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/03/30 | \$ 547.900 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/03/30 | \$ 83.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 1.059.500 |

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_OC21B2</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <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>MIGUEL ÁNGEL TELLO MEDINA</i> <i>PS_2776_2026_OC21B2</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>MIGUEL ÁNGEL TELLO MEDINA 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 |
| | | 74693357 | 30/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | \$0 | \$1.057.000 | |

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 | 7 | 2.100 | 0 | 427.100 | 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 | 7 | 2.600 | 0 | 546.600 | 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 | 7 | 400 | 83.300 | | | 829 | 83.300 | 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 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 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 | 427.100 |
| Pensión | 1 | 544.000 | 546.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 82.900 | 83.300 |
| 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 | 1.057.000 |

