


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY PAOLA PARADA SOLER		CC:	1022934413
CORREO ELECTRÓNICO:	LEIDYPAOLA27@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3107608964
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 73 I 69 15 SUR		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 002170086678

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2121 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.291.130
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



LEIDY PAOLA PARADA SOLER
PS_2121_2026_3A8E79

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LEIDY PAOLA PARADA SOLER

CC: 1022934413

CEL: 3107608964

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LEIDY PAOLA PARADA SOLER

CON C.C N° **1.022.934.413**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2121 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.164.520	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.455.650	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.291.130
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LOS ALPES
--	---------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
-------------------------------	--------------------------------

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 realiza seguimiento en lo servicios frente al cumplimiento de los servicios frente de las RIAS dando cumplimiento al 100% de las sendas asignadas
2	Se realiza seguimiento en lo servicios frente al cumplimiento de los servicios frente de las RIAS dando cumplimiento al 100% de las sendas asignadas
3	Se realiza seguimiento a la prestación del servicio de la Unidad Altamira frente al cumplimiento Al 100% de los espacios por capacidad instalada uso eficiente de la capacidad instalada, física y humana y la provisión de recursos, elementos requeridos en la atención de las necesidades en salud de la población,

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° 76915890	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/04	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/04	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/04	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 ibr 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



LEIDY PAOLA PARADA SOLER

PS_2121_2026_3A8E79

LEIDY PAOLA PARADA SOLER

CC: 1022934413

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_2121_2026_3A8E79

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO