

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO			CC:	79698887
CORREO ELECTRÓNICO:	LEOFABIO88@YAHOO.ES			TELÉFONO:	3203968532
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 50 SUR 6 A 23 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	8400716851
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3049 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.713.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO PS_3049_2026_1396C8 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO CC: 79698887 CEL: 3203968532					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO

CON C.C N° 79.698.887

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER CORRESPONDENCIA CON MOTO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3049 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.852.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.278.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.713.100
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

ITEM	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.Se realiza la radicación de la correspondencia interna a las diferentes areas de la subred. Recorrido interno total :302 Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
2	2.Se distribuyó la correspondencia interna en las diferentes sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. de acuerdo a la planilla de recorrido diario, que a continuación relaciono: Total recorridos internos: 302 Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
3	3.Esta actividad no se requirió para el periodo del informe.
4	4.Se hace entrega a diario de la correspondencia radicada al personal de ventanilla única de correspondencia, para su respectiva verificación. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
5	5.Esta actividad no se requirió para el periodo del informe.
6	6.Certifico por escrito la titularidad del vehículo y anexo los documentos correspondientes. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
7	7.Para el desarrollo de las actividades contractuales se hace uso de los siguientes elementos de protección personales: casco, chaleco reflexivo, rodilleras, canilleras conforme a la Ley. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
8	8.Se realiza mantenimiento preventivo (cada tres meses) y correctivo las veces que se requiera en el mes, del vehículo(moto). Durante este periodo no hubo necesidad de mantenimiento correctivo. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
9	9.Se realiza la entrega de los documentos a firmas autorizadas, asegurando el retorno oportuno a la dependencia solicitante y se verifica el estado físico de los documentos al momento de su entrega o recepción.
10	10.Se anexa planilla de productividad mensual cumpliendo con las metas y actividades asignadas diariamente. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
11	11.Se anexa físicamente la planilla de pago de seguridad social del mes de mayo de 2026, planilla No 89934306. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
12	12.Se diligencia correctamente, para efectos de pago de honorarios, los diferentes formatos y documentos requeridos por la Subred Centro Oriente, en las fechas establecidas.

13	13.Se sube al secop II el pantallazo de la cuenta de cobro correspondiente.
14	14.Se realiza aceptacion de adicion al contrato PS 3049 2026 del 01 de junio al 30 de junio 2026
15	15.Se mantuvo absoluta reserva sobre la informacion institucional del cargo.
16	16.Esta obligación será cumplida en su totalidad en el acto de liquidación del 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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 89934306	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/11	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.100

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	 LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO PS_3049_2026_1396C8 LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO CC: 79698887
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA PS_3049_2026_1396C8 ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA SUPERVISOR ALTERNO

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



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

PS_3049_2026_1396C8

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO
No. Identificación: CC79698887
Dirección: CALLE 38 SUR NO. 2G-31
Telefono: 5517378
Correo: leofabio88@yahoo.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 89934306

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC79698887	Periodo de Cotización Salud	mayo de 2026
Número de planilla	89934306	Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2026
Fecha pago	2026-06-11	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	2239735	Total Pagado	534200
Banco	1083	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	280200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	35100	1
EPS008	Compensar EPS	218900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79698887
APELLIDOS Y NOMBRES: LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1750905	1750905	0	1750905	218900	0	280200	0	0	35100