

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



LEIDY PAOLA PARADA SOLER
PS_2121_2026_F2A23D

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:	\$ 25.746.780	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.291.130
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LOS ALPES
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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	Se realiza seguimiento en lo servicios frente al cumplimiento de los servicios frene de las RIAS dando cumplimiento al 100% de las sendas asignadas
2	Se realiza seguimiento a la prestacion del servicio de la Unidad Altamira frente al cumpliiento 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,
3	Verificacion de la poblacion adscrita para garantizar la atencion en la unidad Altamira y Alpes en las rutas de atencion priorizadas por la red Dstrital de servicios de Salud

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° 84469535	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/03	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/06/03	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/03	\$ 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 ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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_F2A23D

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_F2A23D

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022934413	LEIDY PAOLA PARADA SOLER		KR 73I 60A 15 SUR APT 201	3107608964	leidypaola27@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84469535	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$576.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	35.100	0	0

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022934413	LEIDY PAOLA PARADA SOLER		KR 731 60A 15 SUR APT 201	3107608964	leidypaola27@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84469535	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	VSP	VST	SEN	RSE	LRA	ANC	ANC	ACT	IRL	CORRECCION	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1022934413	PARADA SOLER LEIDY PAOLA	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	--------------------------	---------------------------	---------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	21,455,650.00 COP	-	-
Valor anticipo:	0.00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0.00 COP	0%	-
Valor facturado:	0.00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0.00 COP	0%	-
Valor pagado:	0.00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0.00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0.00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	21,455,650.00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	21,455,650.00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ 1 PS 2121 2026 CRP -9000.pdf	1 PS 2121 2026 CRP -9000.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf (Archivado)	PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026....pdf	PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026....pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026....pdf (Archivado)	PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026....pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2121 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Documento del contrato cargado

Borrar

Cargar nuevo