

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY DANIELA ROJAS HERNANDEZ		CC:	1023964321	
CORREO ELECTRÓNICO:	LEIDYROJAS86@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3213288560	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3B 7 34 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	05359517311

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1689 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 9.522.090
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



LEIDY DANIELA ROJAS HERNANDEZ  
PS\_1689\_2025\_E240A3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LEIDY DANIELA ROJAS HERNANDEZ

CC: 1023964321

CEL: 3213288560

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**LEIDY DANIELA ROJAS HERNANDEZ**

**CON C.C N°**

**1.023.964.321**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1689 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 25.392.240	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>270</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 124.175.107	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 9.522.090
---	----------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JORGE EDUARDO CARO CARO
-------------------------------	-------------------------

**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	<p>1. Se brinda una atención oportuna, integral, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo todos los protocolos, los derechos y deberes. 2. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. 3. Mantener informado al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto categoría de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 4. diligenciar en Dinámica los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 5. respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 6. realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 7. emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 8. Se diligencia de forma completa, adecuada, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros. 9. Se garantizar la correspondida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 10. Se utilizan de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. 11. Se responderá por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia. 12. Se apoya la elaboración de respuestas a reclamos y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 13. reportar los eventos de notificación obligatoria. 14. Se apoyan las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. 15. Educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 16. asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 17. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 18. confirmar inscripción en el rethus, mipres y ruaf. 19. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. 20. Acepto y desarrollo mis actividades con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato. 21. participo en la elaboración de protocolos y guías institucionales. 22. seguir los protocolos y guías de atención del servicio y de la subred. 23. asistir y participar en las reuniones del servicio de ginecoobstetricia. 24. Realizar el proceso de recibir y entregar turno de acuerdo a lo establecido por el supervisor asegurando así la continuidad del servicio</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 sus 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1100203	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/05	\$ 465.600
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	\$ 595.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 90.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.152.300

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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <i>LEIDY DANIELA ROJAS HERNANDEZ</i> <i>PS_1689_2025_E240A3</i> <hr/> <b>LEIDY DANIELA ROJAS HERNANDEZ</b> <b>CC: 1023964321</b>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> <i>PS_1689_2025_E240A3</i> <hr/> <b>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>JORGE EDUARDO CARO CARO</i> <i>PS_1689_2025_E240A3</i> <hr/> <b>JORGE EDUARDO CARO CARO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023964321	LEIDY DANIELA ROJAS HERNANDEZ		Carrera 3 B 7 34 Sur	3213288560	leidyrojas86@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1100203	\$1.152.300	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	465.600	0		0		0	0	0	0	465.600	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	595.900	0	0	0	0	0	0	0	595.900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	90.800				90.800	0	0	90.800			908	90.800	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	465.600	465.600
Pensión	1	595.900	595.900
Riesgos Laborales	1	90.800	90.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.152.300</b>	<b>1.152.300</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023964321	LEIDY DANIELA ROJAS HERNANDEZ	Carrera 3 B 7 34 Sur	3213288560	leidyrojas86@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	\$1.152.300				

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ACT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023964321	ROJAS HERNANDEZ LEIDY DANIELA	59	0			N																	230201	3.724.195	595.900	0	0	0	0	EPS005	3.724.195	465.600	14-11	3.724.195	3	90.800		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

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:	116.416.367,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	116.416.367,00 COP	100%	-

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> 1 PS 1689 2025 CRP-6307.pdf	1 PS 1689 2025 CRP-6307.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1. PS 1689 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1689 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 10. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 11. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025..pdf	11. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025..pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2 PS 1689 2025 CRP-12114.pdf	2 PS 1689 2025 CRP-12114.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2. PS 1689 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1689 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3 PS 1689 2025 CRP-15893.pdf	3 PS 1689 2025 CRP-15893.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3.PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4 PS 1689 2025 CRP-18917.pdf	4 PS 1689 2025 CRP-18917.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 5. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 6. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 7. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 8. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf.pdf	8. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 9. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1689 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1689 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 12 .PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12 .PS 1689 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)