

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY JOHANNA ROJAS GAÑAN		CC:	1108452988
CORREO ELECTRÓNICO:	johannarojascoach@gmail.com		TELÉFONO:	3213064779
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 20 106 A 65		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 450700062463

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3534 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.859.490
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/18 AL 2026/03/31		



LEIDY JOHANNA ROJAS GAÑAN
 PS_3534_2026_568A5F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LEIDY JOHANNA ROJAS GAÑAN

CC: 1108452988

CEL: 3213064779

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

LEIDY JOHANNA ROJAS GAÑAN

CON C.C N°

1.108.452.988

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3534 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/17
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.727.825	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.727.825	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.859.490
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JAIME ENRIQUE DIAZ RICO
-------------------------------	-------------------------

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)

ITEM	1. REALIZAR ELABORACION - CONSOLIDACION, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS PLANES DE MEJORA DE ENTES EXTERNOS E INTERNOS ASIGNADOS A LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD .2. DESARROLLAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES PLANTEADAS EN LOS PLANES DE MEJORA DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD EN COORDINACION CON SUS DIRECCIONES ASISTENCIALES Y DEMA AREAS ADMINISTRATIVAS DE LA SUBRED. 3. REALIZAR TRABAJO COORDINADO CON LAS DIFERENTES AREAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL LOGRO DE LAS ACCIONES Y/O ACTIVIDADES PLASMADAS EN LOS PLANES A DE ACCION.4. RECEPCION, ANALISIS Y CONSOLIDACION DE RESPUESTAS OPORTUNAS DE LAS PQRS Y REQUERIMIENTOS DE LOS CONVENIOS A CARGO DE LA REFERENTE DE CONVENIOS DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD A TRAVES DE LA PLATAFORMA INSTITUCIONAL 5.APOYAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.6. REALIZAR INFORMES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION ACORDE A LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PLANES DE MEJORA DE ACUERDO CON SOLICITUD DEL SUPERVISOR Y/O ENTES DE CONTROL.7. ASISTIR A LES REUNIONES PROGRAMADAS POR QUIEN EJERCE LA SUPERVISION DEL CONTRATO Y SUS AREAS DE DEPENDENCIA. 8. PRESENTAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO DENTRO DE LOS TERMINOS DEFINIDOS INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RESPECTO AL DESARROLLO, EJECUCION Y ALCANCE DEL OBJETO, ESPECIFICANDO LOS COMPROMISOS U OBLIGACIONES CUMPLIDAS.9. PARTICIPAR EN EL DISEÑO, ELABORACION E IMPLEMENTACION ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO CONTINUO FRENTE A LOS PROCESOS ASIGNADOS 10.CUMPLIR CON LAS DEMAS INSTRUCCIONES QUE LE SAN IMPARTIDAS POR QUIEN EJERCE LA VIGILANCIA, ORIENTACION Y CONTROL DE LA EJECUCION 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 (2026-03-18) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
-------------------------	----	------------------	--

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0




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, pensión, 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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p><i>LEIDY JOHANNA ROJAS GAÑAN</i> PS_3534_2026_568A5F</p> <hr/> <p>LEIDY JOHANNA ROJAS GAÑAN CC: 1108452988</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> PS_3534_2026_568A5F</p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>JAIME ENRIQUE DIAZ RICO</i> PS_3534_2026_568A5F</p> <hr/> <p>JAIME ENRIQUE DIAZ RICO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LEIDY JOHANNA ROJAS GA??AN identificado(a) con Cedula Ciudadania 1108452988, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Fonede según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260201	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 10 días del mes de Marzo de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-AFI 31813707

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEIDY JOHANNA ROJAS GAÑAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1108452988**, se encuentra afiliado/a desde **01/05/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de marzo de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellin, 30 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **LEIDY JOHANNA ROJAS GANAN** con documento de identidad **C1108452988**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE** con NIT **N900959051**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-03-19	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	000000001	3	2.436	EN COBERTURA

- **Medellín** 604 4444578
- **Bogotá** 601 4055911
- **Cali** 602 3808938
- **Pereira** 606 3138400

- **Manizales** 606 8811280
- **Bucaramanga** 607 6917938
- **Cartagena** 605 6424938
- **Barranquilla** 605 3197938

- **Líneas de atención** 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- **Línea de conciliación** ARL 3103157562
- **sura.co/arl**



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
SUBRED CENTRO ORIENTE**

10/03/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIDY ROJAS GANAN** con **Cédula de Ciudadanía** número **1108452988**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550450700062463**
Fecha de apertura **18/08/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA