

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY KATHERINE VIRU GALEANO		CC:	1000120361	
CORREO ELECTRÓNICO:	leidyviru2001@gmail.com		TELÉFONO:	3105730920	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 22 40 B 95		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91203597105

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3904 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 232.812
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/28	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/28 AL 2026/04/30		



LEIDY KATHERINE VIRU GALEANO
PS_3904_2026_81FA20

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LEIDY KATHERINE VIRU GALEANO

CC: 1000120361

CEL: 3105730920

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LEIDY KATHERINE VIRU GALEANO

CON C.C N° **1.000.120.361**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **PS 3904 2026** **FECHA INICIO CONTRATO** **2026/04/28**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.560.932 **No. HORAS EJECUTADAS** **0**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 2.560.932 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 232.812

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (01) MES Y TRES (03) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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	Apoyo de armado de cuentas, apoyo en gratuidad		
2	Renombramiento de las facturas soportadas en las diferentes eps apoyadas se hace cambio de estado en el sistema DGH las cuentas de las entidades ya aceptadas por los diferentes pagadores tambien se apoya proceso de pdf y escaner del area de radicacion junto al acompañamiento en gratuidad		

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 (2026-04-28) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 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 ibr 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 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 KATHERINE VIRU GALEANO

PS_3904_2026_81FA20

LEIDY KATHERINE VIRU GALEANO

CC: 1000120361

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_3904_2026_81FA20

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_3904_2026_81FA20

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO