

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY PAOLA HENAO ARCILA			CC:	53092089
CORREO ELECTRÓNICO:	lepaohear321@hotmail.COM			TELÉFONO:	3176809361
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 73G BIS 66 14 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004800366231
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3155 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 3.191.160
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



LEIDY PAOLA HENAO ARCILA
PS_3155_2026_992E12

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY PAOLA HENAO ARCILA
CC: 53092089
CEL: 3176809361

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

LEIDY PAOLA HENAO ARCILA

CON C.C N°

53.092.089

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3155 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/13
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.488.176	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.588.160	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.191.160
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
------------------------	--------------------------------

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 LLEVA CONTROL DIARIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN AGILSALUD
2	SE BRINDA APOYO A LAS RESPUESTAS DE LOS AGILSALUD Y COMUNICACIONES DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA URGENCIAS
3	SE TRAMITA Y RESPONDE LOS REQUERIMIENTOS, DERECHOS DE PETICIÓN, PQRS Y CORREOS ELECTRÓNICOS RECEPCIONADO EN LA DIRECCIÓN TÉCNICA URGENCIAS
4	SE REPORTA DE MANERA OPORTUNA LAS NECESIDADES DE TIPO ADMINISTRATIVO QUE SE GENEREN DENTRO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA URGENCIAS
5	SE CONSOLIDAR LAS BASES DE DATOS DE INFORMACIÓN DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA URGENCIAS
6	SE ELABORA Y PRESENTA DE MANERA OPORTUNA INFORMES SOLICITADOS RELACIONADOS CON SU OBJETO CONTRACTUAL
7	DE MANERA MENSUAL SE ELABORA Y REALIZA EL SEGUIMIENTO AL PRESUPUESTO DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE URGENCIAS
8	SE LLEVA LA AGENDA Y SE REVISAS CORREO A DIARIO DEL DIRECTOR DE URGENCIAS, SE ASISTE A CAPACITACIONES Y REUNIONES PROGRAMADAS DE ACUERDO A INDUCACIONES DE SUPERVISOR

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° 90353392	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/19	\$ 218.861
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/19	\$ 280.142

RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/19	\$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.654
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 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 PAOLA HENAO ARCILA PS_3155_2026_992E12 LEIDY PAOLA HENAO ARCILA CC: 53092089		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_3155_2026_992E12 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO		