

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DEYCY VIVIANA LEON GALLEGO			CC:	1022943337
CORREO ELECTRÓNICO:	CHARIS.LEON88@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3133025642
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 111A SUR 9 51 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	542872549
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4435 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.575.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/07/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/06 AL 2026/07/31				
 DEYCY VIVIANA LEON GALLEGO PS_4435_2026_F83036 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DEYCY VIVIANA LEON GALLEGO CC: 1022943337 CEL: 3133025642					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DEYCY VIVIANA LEON GALLEG0

CON C.C N°1.022.943.337

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4435 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/07/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	2.980.800	No. HORAS EJECUTADAS	159
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	2.980.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.575.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES			

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

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	1. ORIENTAR A LOS USUARIOS DERIVADOS DESDE LA LÍNEA 137 SOBRE LA RUTA DE ATENCIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON SU NECESIDAD EN SALUD Y EL NIVEL DE PRIORIDAD IDENTIFICADO 1.1 Recepción y atención de usuarios remitidos desde el triage 4 y 5 1.2 Registre usuarios en el aplicativo GTAPS
2	2. EDUCAR AL CIUDADANO SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CONSULTA PRIORITARIA, CONSULTA EXTERNA Y CANALES DE ORIENTACIÓN DISPONIBLES. 1.1 Brindar educación individual y grupal sobre el uso adecuado de la red de servicios de salud y la linea. 1.2 Socializar el funcionamiento de la Línea 137 y demás canales institucionales de orientación 1.3 Registre información en actas diarias
3	3. VERIFICAR CON LA IPS LA ASIGNACIÓN Y ATENCIÓN EFECTIVA DEL USUARIO, CONFIRMANDO OPORTUNIDAD, MODALIDAD DE ATENCIÓN, LUGAR, FECHA Y HORA DE LA CITA O SERVICIO ASIGNADO. 3.1 Verificar fecha, hora, modalidad, lugar de la atención, y aceptación de la cita prioritaria. 3.2 realizar cargue de información aplicativo GTAPS.
4	4. VERIFICAR LA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y PROMOVER LA PUBLICIDAD INSTITUCIONAL DE LA LÍNEA 137 EN LAS IPS, ASEGURANDO QUE LA INFORMACIÓN SEA VISIBLE, CLARA Y ACTUALIZADA; ASÍ MISMO, NOTIFICAR LAS NOVEDADES RELACIONADAS CON AGENDAMIENTOS LEJANOS O FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN POR PARTE DE LA EAPB. 4.1 Realizar promoción de la linea para triage 4 y 5 que ingresan por el área de urgencias. 4.2 Registro de información en actas diarias.
5	5. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 5.1 Aplicar los lineamientos institucionales para los procesos, para un cumplimiento efectivo 5.2 Registro de información en actas diarias.
6	6. MANTENER TRATO HUMANIZADO, RESPETUOSO Y DIGNO HACIA EL PACIENTE Y SUS ACOMPAÑANTES DURANTE TODO EL PROCESO. 6.1 Brindar atención con enfoque humanizado durante toda la interacción con el usuario. 6.2 Garantizar una comunicación clara, respetuosa y empática con el usuario y sus acompañantes. 3.3 registro de información en actas diarias.
7	7. Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS QUE LE SEAN ASIGNADAS, RELACIONADAS CON LA NATURALEZA DEL OBJETO CONTRACTUAL Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO. 7.1 Realización de actividades técnicas diariamente en la institución, como actas donde se relaciona la ejecución diaria, de las actividades desarrolladas en urgencias. 7.2 Diligenciar oportunamente actas diarias

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 (2026-07-06) AL (2026-07-31)

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:	PROTECCION		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		\$ 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 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	 DEYCY VIVIANA LEON GALLEGO PS_4435_2026_F83036 DEYCY VIVIANA LEON GALLEGO CC: 1022943337
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_4435_2026_F83036 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PS_4435_2026_F83036 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Deycy Viviana Leon Gallego, identificado(a) con CC número 1022943337, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1022943337
NOMBRES Y APELLIDOS	Deycy Viviana Leon Gallego
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	28/06/1988
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/03/2026
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/11/2023
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1022943337 DEYCY VIVIANA LEON GALLEGO Desde 16/07/2026 Hasta 31/12/2026
CEDULA DE CIUDADANIA 1022943337 DEYCY VIVIANA LEON GALLEGO Desde 24/10/2025 Hasta 30/11/2025
N.I.T. 901419528 CLINICA INTEGRAL SAN JORGE IPS S.A.S Desde 11/07/2025 Hasta 01/08/2025



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909410, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1022943337	DEYCY VIVIANA LEON GALLEG0	RIESGO 3	3	2.436%	22/07/2026	31/12/2026	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 23 de Julio del año 2026.

Firma Representante Legal

Protección

Una empresa **SURA**

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEON GALLEGO DEYCY VIVIANA** identificado(a) con **CC** número **1.022.943.337** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de julio de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 30 de julio de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

DEYCY VIVIANA LEON GALLEGO

C.C. 1022943337

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 6 de julio de 2026

Luis Fernando Joya Joya
C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión Del Talento Humano