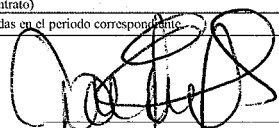


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARITZA PINILLA SANDOVAL			
		CON C.C Nº	52.714.601
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5484 2025	FECHA INICIO CONTRATO	19/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	3.829.904	No. HORAS EJECUTADAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		3.829.904	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.157.878
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y TRECE (13) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ		
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO <small>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</small>		
1	Realizar actividades administrativas propios de la gestión del programa de hospitalización domiciliaria		
2	Seguimiento a los pacientes después del egreso del programa para la aplicación de encuesta de satisfacción, articulación con el servicio de consulta externa y rutas de atención integral según indicaciones de egreso		
3	Apoyar al jefe de enfermería en los procesos de facturación egreso del servicio intrahospitalario e ingreso al programa de hospitalización domiciliaria.		
4	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.		
5	Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales.		
6	Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.		
7	Portar visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.		
8	Demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo a las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado.?	X	
2	¿El contratista autorizo 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 SECO?	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 scop 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 (01/06/2025) AL 30/06/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	CERTIFICACIONES	OPERADOR:	CERTIFICACIONES
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		
PENSIÓN:	COLPENSIONES		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		
OTRO			\$
TOTAL PAGADO			\$ 0
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 afiliación a eps, art, pensión, rut)			
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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.			
VI. ANEXOS <small>(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)</small>			
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente.			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARITZA PINILLA SANDOVAL CC No 52.714.601		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARITZA PINILLA SANDOVAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.714.601**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Junio del 2025.

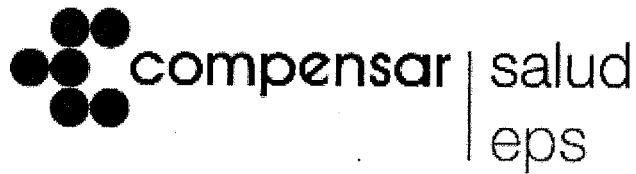
Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARITZA PINILLA SANDOVAL identificado(a) con Cedula Ciudadania 52714601, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250520	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Junio de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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: PORTAL CORPORATIVO
28989502

CER-AFI



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente MARITZA PINILLA SANDOVAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52,714,601 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 176292878 aperturada el 30 de junio de 2020 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 13 de junio de 2025.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0176292878
Cuenta de 16 dígitos:	0176000200292878
Cuenta de 20 dígitos:	00130176000200292878

Firma autógrafa

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

Medellin, 13 de junio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que MARITZA PINILLA SANDOVAL con documento de identidad C52714601, 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
2025-05-15	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE FINANZAS Y SEGUROS DE COLOMBIA

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 6014055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400
- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 6076917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

Líneas de atención 01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414
Línea de conciliación ARL 3103157562
segurossura.com.co arlsura.com