SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JENNY TATIANA LADINO CASTRO**			**CC:**	**1003664005**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YANNYLADINO7@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102438513**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 58 BIS 80 42 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**15468413342**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5862 2025**	**N° CDP:**	**1945**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/07/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/03 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.582.958**					

JENNY TATIANA LADINO CASTRO
PS_5862_2025_580397-2025-07-16 04:57:12

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNY TATIANA LADINO CASTRO
CC: 1003664005
CEL: 3102438513

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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			
JENNY TATIANA LADINO CASTRO			
	CON C.C N°	**1.003.664.005**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO EN SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5862 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/07/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.344.052	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.344.052	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.582.958
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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	Capacitacion Gtaps en secretaria salud
2	Consolidación bases de datos descargas desde aplicativo Gtaps
3	Cruces de bases de datos para validaciones correspondientes

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 (2025-07-03) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS		$ 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 ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun 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	*JENNY TATIANA LADINO CASTRO* *PS_5862_2025_580397-2025-07-16 04:57:12* **JENNY TATIANA LADINO CASTRO** **CC: 1003664005**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5862_2025_580397-2025-07-18 18:20:01* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Certificación Bancaria

Viernes, 20 de junio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JENNY TATIANA LADINO CASTRO identificado(a) con CC 1003664005, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	15468413342	2024-06-07	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) JENNY TATIANA LADINO CASTRO identificado(a) con CC 1003664005 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/03/2016

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE MARLY**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes 6 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



ARL

Medellin, 14 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **JENNY TATIANA LADINO CASTRO** con documento de identidad **C1003664005**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **JENNY TATIANA LADINO CASTRO** con NIT **C1003664005**.

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
2025-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

JENNY TATIANA LADINO CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.664.005**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Junio del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.