

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 80101867, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250701	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
MARIA FLORINDA GONZALEZ MORENO	PD	41777165	CC	20201117	No Registrada	Cobertura Inicial

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Julio de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

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: DIANA MILENA CALDAS
29166024

CER-AFI

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

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.101.867**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 01 de julio de 2007, siendo la empresa CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM con NIT 860.013.570 quien realizó su último aporte a esta cuenta.

El afiliado presenta a la fecha un saldo de:

Fondo	Saldo Obligatorio	Saldo Voluntario Afiliado	Saldo Voluntario Empleador	Saldo Total
Pensiones Obligatorias Moderado	\$ 37.648.007	\$ 0	\$ 0	\$ 37.648.007
Pensiones Obligatorias Mayor Riesgo	\$ 17.954.755	\$ 0	\$ 0	\$ 17.954.755

La presente certificación se expide el 19 de Junio del 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.



App Porvenir | www.porvenir.com.co

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

SURAMERICANA DE SEGUROS
NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

80101867

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

GILBERT

HERNANDO

GAITAN

GONZALEZ

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

2/26/1984

BOGOTA DC

CALLE 49 A BIS SUR 2 24 ESTE

Fecha de Nacimiento

Ciudad de Residencia

Dirección de Residencia

COMPENSAR

PORVENIR

\$ 2,100,000

EPS - Salud

AFP - Pensiones

Honorarios

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

gilbert.g.gonza@icloud.com

3108449602

Perfil/ Profesión

Correo Electrónico

Celular

Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011

Código	Código	Nombre
CC-CEDULA DE CIUDADANIA	CC	CEDULA DE CIUDADANIA
CE-CEDULA EXTRANJERIA	CE	CEDULA EXTRANJERIA
PP-PASAPORTE	PP	PASAPORTE
PE-PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA	PE	PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA
PT-PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL	PPT	PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ			CC:	80101867
CORREO ELECTRÓNICO:	gilbert.g.gonza@icloud.com			TELÉFONO:	3108449602
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49A BIS SUR 2 24 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	05300003050

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5910 2025	N° CDP:	2064	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y VEINTIDOS (22) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/15 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 1.190.000

 GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ
PS_5910_2025_458136-2025-07-16 21:16:48

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ
CC: 80101867
CEL: 3108449602

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ

CON C.C N° **80.101.867**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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 5910 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/10
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.640.000	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.640.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.190.000
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (01) MES Y VEINTIDOS (22) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: RONALD AGUILAR GOMEZ

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)

- | ITEM | DESCRIPCIÓN |
|------|---|
| 1 | Relacione en el DRIVE (dispuesto para gestion de autoirzaciones de Urgencias), todos los ingresos a los cuales se les debe realizar la gestion de autorizaciones, el cual se debe realizar gestionar e identificar con la semaforizacion |
| 2 | Realice Ingresos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II |
| 3 | Subi soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos |
| 4 | Realice reporte a Trabajo Social , desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento |
| 5 | Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION ,de los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias |
| 6 | Realice reportes de solicitudes de afiliaion de oficio a los pacientes que aplican , según verificacion de derechos |
| 7 | Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato. |
| 8 | realice y aprrobe curso de ACOSO LABORAL |
| 9 | No cumpli con el 100% Subi las autorizaciones de las urgencias reportadas a cada una de las ERP en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realice actualizacion periodica del paciente durante la estancia en la institucion |
| 10 | Realice solicitudes de afiliaion de oficio a los pacientes que aplican, según verificacion de derechos |

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 (2025-07-15) 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:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			

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



GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ

PS_5910_2025_458136-2025-07-16 21:16:48

GILBERT HERNANDO GAITAN GONZALEZ**CC: 80101867**

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YENI ROCIO AVILA RONDON

PS_5910_2025_458136-2025-07-16 21:25:29

YENI ROCIO AVILA RONDON**SUPERVISOR ALTERNO**

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



RONALD AGUILAR GOMEZ

PS_5910_2025_458136-2025-07-17 20:04:39

RONALD AGUILAR GOMEZ**SUPERVISOR DEL CONTRATO**