

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS			CC:	1014250981
CORREO ELECTRÓNICO:	PLOGMIGUEL@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3044205481
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 105 72 32			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7337 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.804.402	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/03 AL 2025/10/31				
 MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS PS_7337_2025_C949E6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS CC: 1014250981 CEL: 3044205481					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS

CON C.C N°1.014.250.981

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7337 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$6.000.056	No. HORAS EJECUTADAS	178
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$6.000.056	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$5.804.402
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES		

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	SE REALIZO LA APROPIACION CONCEPTUAL DE CADA UNO DE LOS LINEAMIENTOS Y NORMATIVIDAD VIGENTE, RESOLUCION 1499 - 2024 PARA LLEVAR ACABO LA IMPLEMENTACION DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD
2	SE GARANTIZA LA PARTICIPACION EN LAS DIFERENTES CAPACITACIONES PARA LA APROPIACION Y MANEJO DE LOS APLICATIVOS DIGITALES, CON SISTEMA DE GESTION TERRITORIAL PARA APS, GTAPSS Y DINAMICA ENTRE OTROS
3	SE PARTICIPA EN TODAS LAS ACTIVIDADES, CAPACITACIONES CONVOCADAS EN EL AUDITORIO JORGE RESTREPO Y EN OTRAS REUNIONES DE LOS PERFILES, PARA DEFINIR ACTIVIDADES
4	SE PARTICIPA EN LA CAPACITACION EN EL CAPS DE DIANA TURBAY EN DONDE SE DA A CONOCER LA RESOLUCION 3280 DE 2018
5	SE REALIZA LA DEBIDA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DESAEREROLLADAS Y PROGRAMADAS PARA EL PRESENTE MES
6	SE REALIZA LA ENTREGA DE LOS FORMATOS DE ACTA EN DONDE SE DEJA CONSIGNADA LA APROPIACION CONCEPTUAL DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA EQUIPOS BASICOS EN SALUD DESDE EL COMPONENTE DE FISIOTERAPIA
7	SE PARTICIPA EN LAS DIFERENTES CAPACITACIONES LELVADAS A CABO EN EL HOSPITAL SANTA CLARA Y MESAS CONVOCADAS POR LOS EQUIPOS TERRITORIALES DE SALUD
8	SE REALIZA ENTREGA DE CADA UNA DE LAS ACTAS DE APROPIACION Y PARTICIPACION DE LAS ACTIVIDADES DURANTE EL MES
9	SE GARANTIZA LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD CON LOS APLICATIVOS ASIGNADOS
10	SE REALIZO EL ENVIO DE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
11	SE REALIZO LA PARTICIPACION EN CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO
12	SE REALIZO EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS EN MEDIO FISICO Y MAGNETICO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS

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 (2025-10-03) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N°		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR		\$ 0	
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 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	 MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS PS_7337_2025_C949E6 MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS CC: 1014250981
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7337_2025_C949E6 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO

Medellín, 21 de octubre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MIGUEL ANGEL DUARTE ANGEL identificado(a) con C1014250981 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10142509812529451022



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

21/10/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1014250981**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	488436665829
Fecha de apertura	20/01/2023

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS identificado(a) con CC 1014250981 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	09/11/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 21 días del mes octubre del 2025.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

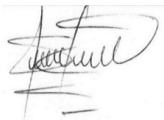
Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1014250981**, se encuentra afiliado/a desde **18/04/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de octubre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA