

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YADIRA CUELLO VERGARA			CC:	39282775
CORREO ELECTRÓNICO:	JADICUELLO999@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3103808127
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 70A SUR 15 81 ESTE			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 7287 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.921.566	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 YADIRA CUELLO VERGARA PS_7287_2025_195DF4 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YADIRA CUELLO VERGARA CC: 39282775 CEL: 3103808127					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
YADIRA CUELLO VERGARA				
CON C.C N°		39.282.775		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 775548 DE 2025 PROGRAMA RUTA DE LA SALUD PARA LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 7287 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.907.184	No. HORAS EJECUTADAS	186	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.907.184	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.921.566	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MES Y UN (1) DIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ			
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	Para el mes octubre de se realiza proceso de sensibilización con la entrega de 32 formatos, orientación, registro y aplicación de encuestas, durante los traslados a las diferentes USS de la Subred de acuerdo con las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa.			
2	Para el mes de octubre se confirman los datos y documentación de los usuarios antes de realizar el traslado de una Unidad de Servicios de Salud a otra, verificando si cumplen con los criterios de uso del programa registrando y consolidando diariamente el informe en las planillas de traslados.			
3	Para el mes de octubre se aplican las guías de manejo institucional, protocolo de desinfección, manual de bioseguridad durante la operación de la ruta de la salud.			
4	Para el mes de octubre se recoge a los usuarios en las unidades de servicios de salud de la subred y lugares asignados, apoyando en el ascenso y descenso del vehículo a los usuarios con limitación de movilidad física mediante ayudas técnicas (rampas).			
5	Para el mes de octubre cumplir con los planes, digitación y demás actividades acorde a la operación del programa Ruta de la Salud, desde los diferentes Centros de Salud y Hospitales de la Subred.			
6	Para el mes de octubre se atiende a la población beneficiaria que hace uso del servicio ruta de la salud, en caso de presentarse alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en su de auxiliar de enfermería.			
7	Para el mes de octubre se asiste a las reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa Ruta de la Salud de Subred Oriente, y demás a las que sean citadas.			
8	Para el mes de octubre se reporta las novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten durante el traslado de la población objeto en el programa Ruta de la Salud.			
9	Para el mes de octubre se viste adecuadamente los elementos de identificación suministrados y portar el carnet institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).			
10	Para el mes de octubre 2025 se desarrollan las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación del programa ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.			
11	Para el mes de octubre 2025 las demás actividades que designe el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo 775548 de 2025 Programa Ruta de la Salud, en cuanto a la asistencia a fortalecimientos institucionales, entre otros.			
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 (2025-10-01) 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:	CAPITAL SALUD		\$ 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 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	YADIRA CUELLO VERGARA PS_7287_2025_195DF4 YADIRA CUELLO VERGARA CC: 39282775		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS PS_7287_2025_195DF4 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ PS_7287_2025_195DF4 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		



EL PROGRAMA DE CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
NIT 900.298.372-9

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YADIRA CUELLO VERGARA identificado(a) con Cedula Ciudadania 39282775, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS CAPITAL SALUD EPS-S como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250904	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Octubre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601)7427257. Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S.

Elaboró: YURLEY CONSTANZA PANQUEVA
CER-AFI 30339775

Medellín, 20 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 YADIRA CUELLO VERGARA identificado(a) con C39282775 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: C392827752529368215



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YADIRA CUELLO VERGARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.282.775**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.