

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1013602137, se encuentra AFILIADO 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
20230517	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ALEX JONATHAN CALCETERO CARDENAS	CP	1023864097	CC	20180706	No Registrada	Activo

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

Observaciones:

Con destino a:
SUROCCIDENTE

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: Lina Chat Bot

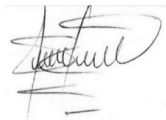
CER-AFI 29857798

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1013602137**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2023** 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 04 de septiembre 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

Certificación Bancaria

Jueves, 04 de septiembre de 2025

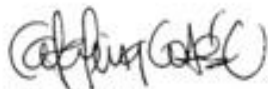
A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que GLORIA INOCENCIA GONZALEZ COMEZ identificado(a) con CC 1013602137, 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	66705546224	2019-12-23	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.

 **Bancolombia**



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ** identificado con **CC No. 1013602137**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE - NI. 900958564	Fecha de inicio de cobertura: 12/05/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 10/05/2023 Fecha fin de Contrato: 28/02/2026 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022120920.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ			CC:	1013602137
CORREO ELECTRÓNICO:	GIGG0926@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3103665417
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 28A 26 28 SUR			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 7335 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 2025/10/02 AL 2025/10/31				
 GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ PS_7335_2025_9676A9 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ CC: 1013602137 CEL: 3103665417					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ

CON C.C N°1.013.602.137

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A 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 7335 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	VERIFICACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS EN GTAPS-SDS, REVISIÓN DE FACTURACIÓN Y AGENDAMIENTO EN LAS MODALIDADES EXTRAMURAL E INTRAMURAL ANTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA.
2	2 2. PARTICIPACIÓN EN CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS TÉCNICOS SOBRE EL USO DE APLICATIVOS INSTITUCIONALES, INCLUYENDO GTAPS-SDS, DINÁMICA GERENCIAL, CUENTA DE COBRO Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS, ASÍ COMO ORIENTACIÓN SOBRE LA APLICACIÓN AVENZA MAPS PARA GEORREFERENCIACIÓN TERRITORIAL.
3	3 VERIFICACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS EN GTAPS-SDS, REVISIÓN DE FACTURACIÓN Y AGENDAMIENTO EN LAS MODALIDADES EXTRAMURAL E INTRAMURAL ANTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA.
4	4 4. VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD POR CURSO DE VIDA (PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN), INCLUYENDO IDENTIFICACIÓN DE CAMBIOS FÍSICOS Y MENTALES SEGÚN EL CICLO VITAL EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL.
5	5 DETECCIÓN TEMPRANA DE FACTORES DE RIESGO Y REALIZACIÓN DE TAMIZAJES CLÍNICOS PERTINENTES, CON ORIENTACIÓN, MANEJO O REMISIÓN SEGÚN EL CASO.
6	6 IDENTIFICACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y PRÁCTICAS SALUDABLES MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.
7	7 CONSTRUCCIÓN CONCERTADA DEL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO INDIVIDUAL (PCPI) CON LA PERSONA Y SU FAMILIA.
8	8 REGISTRO COMPLETO Y OPORTUNO DE LAS ATENCIONES EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS INSTITUCIONALES Y EN LOS APLICATIVOS GTAPS-SDS Y DINÁMICA GERENCIAL, SEGÚN LO ESTABLECIDO PARA CADA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS).
9	9 COORDINACIÓN CON EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA, GESTOR COMUNITARIO, ENFERMERO PROFESIONAL, PSICÓLOGO Y AGENDADORES PARA LA PROGRAMACIÓN DE TELECONSULTAS CON EBS, INCLUYENDO LA SOLICITUD DE EXÁMENES DIAGNÓSTICOS REQUERIDOS POR GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.
10	10 SEGUIMIENTO DE USUARIOS Y FAMILIAS SEGÚN CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA O MEDIA)
11	ATENCIÓN PRIORITARIA A POBLACIONES DE RIESGO (GESTANTES, MENORES DE 5 AÑOS, CRÓNICOS, PERSONAS MAYORES, CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA), ASEGURANDO SU VALORACIÓN DIRECTA POR EL EQUIPO BÁSICO.
12	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ATENCIONES POR CURSO DE VIDA DEFINIDAS EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y GESTIÓN DE REMISIONES O CANALIZACIONES CUANDO APLICA.
13	13 IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE USUARIOS SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLEN CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIO A TRAVÉS DE ENTIDAD RESPONSABLE.
14	ENTREGA DE REPORTES Y BASES DE DATOS AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR Y A LA COORDINACIÓN APS CONFORME A LAS EXIGENCIAS DE LA RESOLUCIÓN 1499 DE 2024.
15	15 REALIZACIÓN DE CONTROLES CLÍNICOS Y SEGUIMIENTO A GESTANTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, SÍFILIS GESTACIONAL, MENORES CON RIESGO NUTRICIONAL Y PACIENTES CRÓNICOS DE EAPB CON CONTRATO VIGENTE.
16	NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA (EISP) DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS Y REPORTE AL LÍDER OPERATIVO.
17	PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y ADMINISTRATIVAS, ASÍ COMO EN COMITÉS, CAPACITACIONES Y REUNIONES INSTITUCIONALES.

18	18 ENTREGA OPORTUNA DE PRODUCTOS CONTRACTUALES: HISTORIAS CLÍNICAS DILIGENCIADAS, ÓRDENES MÉDICAS, FICHAS DE NOTIFICACIÓN, PLANES DE CUIDADO PRIMARIO, BASES DE DATOS Y REGISTROS EN LOS APLICATIVOS OFICIALES.
19	RESPUESTA Y ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS, ACTIVANDO LA LÍNEA 123 Y COORDINANDO CON EL CRUE, CONFORME A PROTOCOLOS DE PRIMER RESPONDIENTE.
20	CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ADMINISTRATIVOS DEL CONTRATO: ENVÍO DE SOPORTES DE ACTIVIDADES REALIZADAS, CERTIFICACIONES, INFORMES SEMANALES Y MENSUALES, PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS.
21	USO ADECUADO, CUSTODIA Y DEVOLUCIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, DISPOSITIVOS DE CÓMPUTO Y ELEMENTOS INSTITUCIONALES ASIGNADOS, ASÍ COMO MANEJO SEGURO Y CONFIDENCIAL DE USUARIOS Y CONTRASEÑAS.
22	EJECUCIÓN DE OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1499 DE 2024 Y NORMAS COMPLEMENTARIAS.

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 (2025-10-02) 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:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 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	 GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ PS_7335_2025_9676A9 GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ CC: 1013602137
--------------------------------	--



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
PS_7335_2025_9676A9

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	
---	--