

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	WILMER STIVEN ALARCON PEDRAZA			CC:	1001271960
CORREO ELECTRÓNICO:	stivenalarcon.20oq@gmail.com			TELÉFONO:	3186809650
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9 K 44 A 11 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	42832949005
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7723 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 665.763	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/20 AL 2025/10/31				
 WILMER STIVEN ALARCON PEDRAZA PS_7723_2025_91D3FB NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: WILMER STIVEN ALARCON PEDRAZA CC: 1001271960 CEL: 3186809650					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
WILMER STIVEEN ALARCON PEDRAZA				
CON C.C N°			1.001.271.960	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 7723 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/17
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.250.004	No. HORAS EJECUTADAS	49	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.750.012	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 665.763	
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	EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.			
2	DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LO RELACIONADO CON LA HISTORIA CLÍNICA.			
3	ERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO			
4	EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, DEBERÁ PROGRAMARSE UNA NUEVA VISITA EN LA QUE EL USUARIO SE ENCUENTRE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO.			
5	DILIGENCIAR EL FORMATO DE USUARIOS CARACTERIZADOS CON CRITERIOS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA.			
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 (2025-10-20) 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:	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	 WILMER STIVEEN ALARCON PEDRAZA PS_7723_2025_91D3FB WILMER STIVEEN ALARCON PEDRAZA CC: 1001271960		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7723_2025_91D3FB BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) WILMER STIVEEN ALARCON PEDRAZA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1001271960, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251015	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Octubre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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: PORTAL CORPORATIVO
30363694

CER-AFI



**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:

WILMER STIVEEN ALARCON PEDRAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.271.960**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Octubre 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.

Medellin, 23 de octubre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **WILMER STIVEN ALARCON PEDRAZA** con documento de identidad **C1001271960**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE** con NIT **N900959051**.

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
2025-10-17	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

