

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	CC:	1024608577
CORREO ELECTRÓNICO:	belinda0986@gmail.com	TELÉFONO:	3226785580
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25 68 B 47	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 7922 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.026.198
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/12 AL 2025/11/30		



MARIA BELINDA ASCENCIO YARA

PS_7922_2025_E0F068

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA BELINDA ASCENCIO YARA

CC: 1024608577

CEL: 3226785580

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARIA BELINDA ASCENCIO YARA

CON C.C N°

1.024.608.577

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7922 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/12
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.474.397	No. HORAS EJECUTADAS	106
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.474.397	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.026.198
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIECINUEVE (19) DIAS
--	----------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
-------------------------------	--------------------------------

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	DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN INHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE (9 REGISTRO EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
---	---

2	REALICE LAS ACCIONES MÉDICAS QUE REQUIRIERON LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTÉ SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS, DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (18 REGISTROS DE ATENCIONES Y 8 REGISTROS DE ATENCIONES FALLIDOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
---	--

3	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO FUERON REQUERIDAS, IGUALMENTE RESPONDÍ Y ASISTÍ A LAS CITACIONES DERIVADAS DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SDQS, NOVEDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES GENERADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE.
---	---

4	TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLIERAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS). (9 REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
---	---

5	GARANTICE EL CORRECTO USO, CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LOS MEDICAMENTOS, REALIZANDO LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, CUANDO SE ENCUENTREN PRÓXIMOS A VENCER, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA, CADA VEZ QUE LA MÓVIL QUEDÓ NO OPERATIVA O SE TERMINO EL TURNO EN FORMA ANTICIPADA.
---	---

6	PROPENDÍ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y BUEN DESEMPEÑO DEL PERSONAL DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA.
---	--

7	REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE FUERON INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO DEL CONVENIO APH.
---	---

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 (2025-11-12) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 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

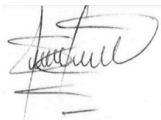
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARIA BELINDA ASCENCIO YARA PS_7922_2025_E0F068 <hr/> MARIA BELINDA ASCENCIO YARA CC: 1024608577
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_7922_2025_E0F068 <hr/> DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA BELINDA ASCENCIO YARA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1024608577**, se encuentra afiliado/a desde **09/11/2020** 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 07 de noviembre 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.

BOGOTA, Noviembre 7 de 2025

Señora:

ASCENCIO YARA MARIA BELINDA

CC. 1024608577CL 25 68B 47 - 7922713

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 30 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
ASCENCIO YARA MARIA BELINDA	1024608577	C	Sep-30-2019	266	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MAITA ALBARRACIN DANIEL ARTURO	1232394486	C	Jul-15-2016	405	0	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
MAITA ASCENCIO DANIEL ENRIQUE	1018514996	T	Abr-17-2018	339	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MAITA ASCENCIO DIANA ISABELLA	1018514997	T	Abr-17-2018	339	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MAITA ASCENCIO YOVANKA DANIELA	1018514995	C	Abr-17-2018	339	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL	1024608577	Dependiente	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	1024608577	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
UNIDAD MEDICA SANTAFE LTDA	1024608577	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellín, 25 de noviembre 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 MARIA BELINDA ASCENCIO YARA identificado(a) con C1024608577 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:C10246085772532964051

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARIA ASCENCIO YARA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.024.608.577 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 009551847, abierta/o desde el 25/11/2020.

Se expide en Bogotá el día 7 del mes de Noviembre del año 2025



Firma Autorizada



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

MARÍA BELINDA ASCENCIO YARA

C.C. 1024608577

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 25 de noviembre de 2025

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Ayala Rojas', is positioned above a horizontal line.

Martha Ayala Rojas
C.C. 51.790.637

Director Operativo Gestión de Talento Humano