

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	FLOR ALBA AMAYA RINCON			CC:	51913404
CORREO ELECTRÓNICO:	flor.amayar@gmail.com			TELÉFONO:	3047753800
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 39I 72F 66 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	070338017
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7581 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.336.887	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/11 AL 2025/10/31				
 FLOR ALBA AMAYA RINCON PS_7581_2025_1B0B28 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FLOR ALBA AMAYA RINCON CC: 51913404 CEL: 3047753800					

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

FLOR ALBA AMAYA RINCON

CON C.C N°

51.913.404

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO 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 7581 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.466.590	No. HORAS EJECUTADAS	123
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 1.466.590	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.336.887
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTIDOS (22) DIAS		

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	Leer y comprender la Resolución 1499 de 2024 y sus anexos (componentes de APS, estructura de los EBS, responsabilidades territoriales).
2	Apoyar la identificación de microterritorios y los límites comunitarios.
3	Colaborar en la elaboración de mapas participativos con líderes y habitantes
4	Preparar el material necesario (formularios, listados, mapas).
5	Verificar rutas de acceso, puntos de referencia y condiciones de seguridad.
6	Contactar y coordinar con líderes comunitarios, JAC, entidades locales, escuelas y ONG.
7	Explicar la presencia y objetivos del EBS en el territorio.
8	Tramitar las órdenes generadas por los profesionales del EBS (visitas, remisiones, apoyos).
9	Realizar el registro y envío de soportes mensuales y finales, con evidencias fotográficas y actas.
10	Ubicar y acompañar al equipo en la identificación de viviendas y hogares.
11	Visitar familias sin identificación o con dificultad de acceso a servicios.
12	Difundir las actividades del EBS en redes comunitarias, WhatsApp, carteleras y medios de la Subred.
13	Convocar y hacer seguimiento a espacios de participación social y popular.

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 (2025-10-11) 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:	PROTECCION		\$ 0	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		\$ 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	 FLOR ALBA AMAYA RINCON PS_7581_2025_1B0B28 FLOR ALBA AMAYA RINCON CC: 51913404
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7581_2025_1B0B28 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) FLOR ALBA AMAYA RINCON identificado(a) con cedula ciudadanía 51.913.404, se encuentra Activo 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
20190411	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Agosto de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: ANGIE MERCEDES RIOS
15466255

CER-AFI

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

SEGUROS BOLIVAR

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

51913404

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

Flor

Alba

Amaya

Rincón

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

23/10/1968

Bogota

CL 39 I# 72 F 66 SUR

Fecha de .Nacimiento

Ciudad de Residencia

Dirección de Residencia

Compensar

EPS - Salud

Proteccion

AFP - Pensiones

\$2,000,000

Honorarios

Gestor Comunitario

Perfil/ Profesión

FLOR.AMAYAR@GMAIL.COM

Correo Electrónico

3057753800

Celular

Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AMAYA RINCON FLOR ALBA** identificado(a) con **CC** número **51.913.404** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 1999 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 21 de agosto de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>