

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA			CC:	1030568207
CORREO ELECTRÓNICO:	sandravergara216@gmail.com			TELÉFONO:	3222224761
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 99B 56I 04 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 8180 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.467.315	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/12/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/09 AL 2025/12/31				
 SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA PS_8180_2025_6098CB NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA CC: 1030568207 CEL: 3222224761					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA

CON C.C N° 1.030.568.207

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 8180 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/12/05
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 733.295	No. HORAS EJECUTADAS	135
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 1.666.218	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.467.315
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UNO (1) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	1. REALIZAR APOYO AL MAPEO Y CARTOGRAFIA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE ABORDAJE Y DE PRIMER CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICRO TERRITORIO.
2	GESTIONAR LAS ÓRDENES GENERADAS POR PROFESIONALES DE EQUIPO BASE.
3	REALIZAR EL PRIMER CONTACTO CON LOS MICRO TERRITORIOS Y TERRITORIOS ASIGNADOS, CON LA FINALIDAD DE INFORMAR ACTIVIDADES A REALIZAR SEGÚN PLANEACIÓN.
4	INFORMAR EN LA COMUNIDAD LAS ACCIONES QUE DESARROLLARÁN LOS EQUIPOS A TRAVÉS DE MEDIOS Y HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS PAGINA WEB INSTITUCIONAL, REDES SOCIALES Y GRUPOS DE WHATSAPP
5	CONVOCAR, IMPLEMENTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y POPULAR POR CADA UNO DE LOS MICRO TERRITORIOS ABORDADOS POR EL EQUIPO.
6	DIGITALIZAR LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN DILIGENCIADOS DE FORMA MANUAL EN LA HERRAMIENTA QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
7	APOYAR AL EQUIPO BÁSICO EN LA UBICACIÓN DE LAS VIVIENDAS ASIGNADAS EN EL TERRITORIO A INTERVENIR.
8	REALIZAR LA BÚSQUEDA Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE HOGARES SIN IDENTIFICACIÓN EN LOS TERRITORIOS ASIGNADOS.
9	ENTREGAR INFORME MENSUAL QUE INCLUYA SOPORTES EN FÍSICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS.
10	ELABORAR Y ENTREGAR INFORME FINAL A LOS QUE HAYA LUGAR DENTRO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
11	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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 (2025-12-09) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N°		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR		\$ 0	
PENSIÓN:	COLFONDOS		\$ 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	 SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA PS_8180_2025_6098CB SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA CC: 1030568207
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_8180_2025_6098CB LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

Medellin, 18 de diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA** con documento de identidad **C1030568207**, 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
2025-12-10	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000 001	3	2.436	EN COBERTURA

• Medellín **604 4444578**
• Bogotá **6014055911**
• Cali **602 3808938**
• Pereira **606 3138400**

• Manizales **606 8811280**
• Bucaramanga **6076917938**
• Cartagena **605 6424938**
• Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com

Certificación Bancaria

Martes, 11 de noviembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA identificado(a) con CC 1030568207, 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	66265505555	2024-03-22	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**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA identificado(a) con CC. 1030568207 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	2024/08/25
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E - HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 18 días del mes de 12 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SANDRA MARITZA MONTAÑA VERGARA identificado(a) con C.C No. 1.030.568.207, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 18 de diciembre del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo