SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ELVIA NATALIA REYES GARZON**			**CC:**	**1000689332**
CORREO ELECTRÓNICO:	**natyreyes10@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3105601990**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49 B SUR 27 64**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009770215243**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 8245 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.417.762**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/12/11**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/11 AL 2025/12/31**				

ELVIA NATALIA REYES GARZON
PS_8245_2025_62F9C9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ELVIA NATALIA REYES GARZON
CC: 1000689332
CEL: 3105601990

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ELVIA NATALIA REYES GARZON			
	CON C.C N°	**1.000.689.332**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS T?CNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMER?A 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 8523636 - 2025		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 8245 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/12/11**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.513.054	**No. HORAS EJECUTADAS**	**122**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.652.506	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.417.762
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS 8 TURNOS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTICIPAR 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
2	REALICÉ LAS ACCIONES ACORDES AL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTA 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 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 7, VALORACIONES Y TRASLADOS 11 , DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN.
3	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO SEAN REQUERIDOS, IGUALMENTE RESPONDER Y ASISTIR 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 EN 16 PREOPERACIONALES CUMPLAN 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).
5	REALICÉ LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS A LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE ESTOS, CUANDO SE ENCUENTREN PRÓXIMOS A VENCER, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE APH, CADA QUE LA MÓVIL QUEDE NO OPERATIVA O SE TERMINE EL TURNO EN FORMA ANTICIPADA
6	PROPUCÉ LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y BUEN DESEMPEÑO DEL PERSONAL DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA
7	LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN 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.

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 (2025-12-11) 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:	NUEVA EPS		$ 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	*ELVIA NATALIA REYES GARZON* *PS_8245_2025_62F9C9* **ELVIA NATALIA REYES GARZON** **CC: 1000689332**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_8245_2025_62F9C9* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

TEPS 0002228283 Bogota D.c., Noviembre 20 de 2025

Señor(a)
REYES GARZON ELVIA NATALIA
CL 49 B SUR 27 64
BOGOTA D.C. - DISTRITO CAPITAL

Usuario: REYES GARZON ELVIA NATALIA
Documento: CC 1000689332

Asunto: Resultado de Traslado E.P.S Sanitas

En atención a su solicitud de afiliación radicada por usted en nuestra entidad nos permitimos informar que de conformidad con las normas legales vigentes sobre movilidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud hemos solicitado la autorización de su traslado y generó el siguiente resultado:

USUARIO	EPS ANTERIOR	RESULTADO	MOTIVO	FECHA DE VIGENCIA
REYES GARZON ELVIA NATALIA	NUEVA EPS S.A.	APROBADO		01/12/2025
MUTIS REYES EDWARD DANIEL	NUEVA EPS S.A.	APROBADO		01/12/2025
MUTIS REYES ANDDY SANTIAGO	NUEVA EPS S.A.	APROBADO		01/12/2025
VARGAS REYES JOHAN STEVEN	NUEVA EPS S.A.	APROBADO		01/12/2025

Con satisfacción le informamos que su traslado a nuestra entidad fue aceptado por la mencionada EPS. Dado que cumple con los requisitos y términos legales, podra acceder a los servicios cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud a través de la EPS Sanitas y a partir de la fecha de vigencia, desde la cual estará vigente su afiliación. Recuerde que el primer aporte que usted debe pagar a la EPS Sanitas corresponde al periodo de diciembre.

Si requiere información adicional puede comunicarse con Fonosanitas al 3759000 en Bogotá o al 018000919100 para el

resto del país.

Cordialmente,



MARCO ANTONIO QUINTERO BERMUDEZ
Gerente Operaciones

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ELVIA NATALIA REYES GARZON identificado(a) con C.C No. 1.000.689.332, 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 26 de noviembre 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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

EL CARMEN,
NORTE DE
SANTANDER,
COLOMBIA,

30/09/2025

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ELVIA REYES GARZON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1000689332**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570009770215243**
Fecha de apertura	**21/07/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** **APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 04** **FECHA: 2025-10-24**

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION	SURA **1.** NOMBRE ARL
CC-CEDULA DE CIUDADANIA **2 .** TIPO DE DOCUMENTO	1000689332 **3.** Numero de Documento

4. Primer Nombre	**5.** Segundo Nombre	**6.** Primer Apellido	**7.** Segundo Apellido
ELVIA	NATALIA	REYES	GARZON

8. Fecha de .Nacimiento	**9.** Ciudad de Residencia	**10.** Dirección de Residencia
13/02/1988	BOGOTA	CL 49 B SUR 27 64

11. EPS - Salud	**12.** AFP - Pensiones
NUEVA EPS	COLFONDOS

13. Perfil/ Profesión	**14.** Correo Electrónico	**15.** Celular
AUXILIAR DE ENFERMERIA	natyreyes10@hotmail.com	3105601990

Elvia Natalia Reyes Garzon

16. Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

Diagonal 34 Nº 5 - 37 PBX: 3282828 - ext 11011

1. Para el diligenciamiento del presente documento es importante que la información reportada sea legible y clara. El documento se debe diligenciar de forma digital siguiendo las indicaciones del instructivo en la hoja siguiente.
2. Para afiliaciones ARL RIESGO IV y V la entidad realizara el tramite de afiliación de la persona con el operador oficial de la institución, generando los aportes correspondientes conforme el centro de trabajo y riesgo.