

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|-----------|------------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LINA MARIA GONZALEZ ANGARITA | | CC: | 46380453 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | LIMAGOAN@HOTMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3138903975 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 35 25A 61 AP 202 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 35829726996 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 3149 2026 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 4.646.857 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/02/10 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/05/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/02/10 AL 2026/02/28 | | |



LINA MARIA GONZALEZ ANGARITA
PS_3149_2026_9AD182

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LINA MARIA GONZALEZ ANGARITA

CC: 46380453

CEL: 3138903975

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

LINA MARIA GONZALEZ ANGARITA

CON C.C N°

46.380.453

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

| | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3149 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/02/10 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 25.565.866 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|----------|

| | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 25.565.866 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 4.646.857 |
|-----------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------|--------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUIS FERNANDO JOYA JOYA

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. REVISIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS Y SOLICITUDES PARA CONTRATAR EL SERVICIO DE LEVANTAMIENTO DEL INVENTARIO FORESTAL GEORREFERENCIADO DE LOS INDIVIDUOS ARBOREOS UBICADOS AL INTERIOR DE LAS UNIDADES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 2 | 2. REVISIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS Y SOLICITUDES PARA CONTRATAR EL SERVICIO DE ALOJAMIENTO EN LA NUBE (AZURE) DEL SISTEMA DE INFORMACIONA AGILSALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |
| 3 | 3. REVISION SOLICITUD PARA ODC CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. (DESIERTOS) |
| 4 | 4. REVISION SOLICITUD PARA ARRENDAMIENTO DE COMPUTADORES PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 5 | 5. REVISION SOLICITUD PARA CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 6 | REVISION SOLICITUD CONTRATAR LA COMPRA DE DISPOSITIVO MEDICO QUIRURGICO PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 7 | REVISION ESTUDIOS PREVIOS Prestar el servicio de Contact Center para la asignación, cancelación y reprogramación de citas, la gestión de citas en trámite y peticiones relacionadas, así como la recordación de citas y el envío de mensajes pedagógicos sobre los servicios ambulatorios habilitados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., contando con la disponibilidad técnica para el desarrollo de campañas especiales, y contribuyendo al cumplimiento de las metas institucionales de acceso, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutiveidad en la atención a la población. |
| 8 | ELABORACION DE PLIEGOS Y PUBLICACION PROCESO IC 002-2026 PARA PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE LAVADO Y ALQUILER DE ROPA HOSPITALARIA LIMPIA PARA LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 9 | REVISION Y APROBACION O RECHAZO DE POLIZAS DENTRO DE LOS SIGUIENTES PROCESOS 02-BS-0184-2021 02-BS-0185-2021 02-BS-0275-2021 02-BS-036-2023 02 BS 0139 2023 |
| | VERIFICACION DE POLIZAS DENTRO DE LOS SIGUIENTES PROCESOS 02-BS-0092-2022 02-BS-0024-2021 02-BS-0104-2022 02-BS-0172-2019 02-BS-085-2020 02-BS-128-2020 02-BS-155-2020 02-BS-017-2020 02-BS-018-2020 |

02-BS-0135-2021
02-BS-270-2020
02-BS-274-2020
02-BS-275-2020
02-BS-276-2020
02-BS-0184-2021
02-BS-287-2020
02-BS-0185-2021
02-BS-312-2020
02-BS-0193-2021
02-BS-0219-2021
02-BS-0275-2021
02-BS-0031-2021
02-BS-0287-2021
02-BS-0105-2022
02-BS-0257-2019
02-BS-0154-2021
02-BS-208-2020
02-BS-0004-2021
02-BS-0195-2021
02-BS-0199-2021
02-BS-0225-2021
02-BS-0012-2021
02-BS-0240-2021
02-BS-0013-2021
02-BS-0324-2019
02-BS-0029-2021
02-BS-0194-2021
02-BS-0135-2022
02-BS-0226-2021
02-BS-0147-2022
02-BS-0151-2022
02-BS-003-2020
02-BS-047-2020
02-BS-0162-2022
02-BS-0083-2021
02-BS-0168-2022
02-BS-0173-2022
02-BS-0174-2022
02-CI-005-2023
02-BS-007-2023
02-BS-008-2023
02-BS-011-2023
02-BS-016-2023
02-BS-025-2023
02-BS-036-2023
02-BS-038-2023
02-BS-039-2023
02-BS-040-2023
02-BS-059-2023
02-BS-075-2023
02 BS 0083 2023
02 BS 0084 2023
02 BS 0101 2023
02 BS 0121 2023
02 BS 0125 2023
02 BS 0127 2023
02 BS 0132 2023
02 BS 0139 2023
02 BS 0145 2023
02 BS 0148 2023
02 BS 0151 2023
02 BS 0011 2024
02 BS 0013 2024
02 BS 0015 2024

| | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | 02 BS 0022 2024 02 BS 0027 2024 02 BS 0028 2024 02 BS 0005 2024 02 BS 0006 2024 02 BS 0007 2024 02 BS 0043 2024 |
| 11 | SE EVALUO EL TEMA RELACIONADO CON UNA SOLICITUD DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS, DEBIDO QUE NO HABIA CLARIDAD RESPECTO A LA NATURALEZA DEL CONTRATO ARRENDAMIENTO O LEASING OBJETO CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 12 | EVALUACION JURIDICA EM 038 2026 |
| 13 | SOLICITUD REASIGNACION DERECHO DE PETICIÓN Solicitud de información sobre estado y cumplimiento del CONTRATO DE SUMINISTRO No. 02 BS 0086 2024 A SUPERVISOR |

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 (2026-02-10) AL (2026-02-28)

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: | POSITIVA | | \$ 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



LINA MARIA GONZALEZ ANGARITA

PS_3149_2026_9AD182

LINA MARIA GONZALEZ ANGARITA

CC: 46380453



LUIS FERNANDO JOYA JOYA

PS_3149_2026_9AD182

LUIS FERNANDO JOYA JOYA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LINA MARIA GONZALEZ ANGARITA identificado(a) con Cedula Ciudadania 46380453, 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 |
|------------------|---------------|
| 20240702 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Enero de 2.026

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
31096108

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:

LINA MARIA GONZALEZ ANGARITA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **46.380.453**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

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

POSITIVA

1. NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

46380453

2. TIPO DE DOCUMENTO

3. Numero de Documento

LINA

MARIA

GONZALEZ

ANGARITA

4. Primer Nombre

5. Segundo Nombre

6. Primer Apellido

7. Segundo Apellido

20/02/1981

BOGOTA D.C.

CRA 35 # 25 A-61 APTO 202

8. Fecha de .Nacimiento

9. Ciudad de Residencia

10. Dirección de Residencia

COMPENSAR

11. EPS - Salud

PORVENIR

12. AFP - Pensiones

ABOGADO

limagoan@hotmail.com

31389075

13. Perfil/ Profesión

14. Correo Electrónico

15. Celular



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 N° 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.