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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) FREDY EDISON PIRATOVA GARCIA identificado(a) con Cedula Ciudadania 7178139, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240903	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Junio de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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 multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
32591838

CER-AFI

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PIRATOVA GARCIA FREDY EDISON** identificado(a) con **CC** número **7.178.139** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2008 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 MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de junio de 2026.

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://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

ARL

Medellin, 28 de julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **FREDY EDISON PIRATOVA GARCIA** con documento de identidad **C7178139**, 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
2026-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FREDY EDISON PIRATOVA GARCIA**			**CC:**	**7178139**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FREDYPIRATOVA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3153716140**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 88 75B 25**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**050970511**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4377 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 647.499**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/06/19**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/23 AL 2026/06/30**				

FREDY EDISON PIRATOVA GARCIA
PS_4377_2026_008959

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FREDY EDISON PIRATOVA GARCIA
CC: 7178139
CEL: 3153716140

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			
FREDY EDISON PIRATOVA GARCIA			
CON C.C N°	**7.178.139**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4377 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/06/19**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 971.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.399.368	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 647.499
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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	Se efectuó el llamado de los usuarios a la ventanilla de facturación respetando estrictamente el orden asignado por el sistema de digiturno. Este procedimiento garantizó la organización en la atención y la transparencia en el flujo de usuarios. Con ello se evitó la aglomeración y se mantuvo la secuencia correcta de servicio.
2	La gestión administrativa y documental en urgencias integra varias funciones clave: la verificación de órdenes médicas mediante la recepción, registro y confirmación de servicios, junto con la revisión del estado de cuenta frente a la historia clínica. También contemplo, la corrección de novedades al validar registros de actividades y procedimientos realizados, garantizo la coherencia y trazabilidad. Además, incluyo reporte de casos con dificultades de identificación al área de trabajo social, asegurando acompañamiento oportuno. Finalmente, se da seguimiento a las respuestas y soportes emitidos, fortaleciendo la retroalimentación y la mejora continua de los procesos administrativos.
3	como apoyo administrativo en facturación de urgencias verifico y recopilo los soportes requeridos para el proceso, Se realiza el cargue de registros como electrocardiogramas,. Con ello estoy asegurando la validez, trazabilidad y oportunidad de la información para la correcta facturación institucional.
4	Como apoyo administrativo en facturación de urgencias incluye la gestión del proceso de egreso en el sistema institucional, garantizando la generación de órdenes de salida y la entrega de copia al usuario. También contempla el archivo correspondiente en las carpetas de requerimientos, asegurando la trazabilidad documental.
5	facturas de los pacientes atendidos en urgencias y observación, junto con la generación de recibos de caja. Incluye la revisión y organización de los soportes para su entrega diaria, asegurando orden y trazabilidad documental. Además, contempla la corrección de devoluciones realizadas por el analista de cuentas dentro de los tiempos establecidos, garantizando eficiencia y cumplimiento normativo.
6	Como apoyo administrativo en facturación de urgencias, mi función se centro en la participación en reuniones y capacitaciones programadas por la Subred, asegurando actualización permanente en la normatividad vigente del SGSSS. También incluí, el acompañamiento y capacitación al talento humano cuando fue requerido. Con ello fortalecí la gestión administrativa y se garantizo el cumplimiento de los lineamientos institucionales.
7	Presente los soportes requeridos de seguridad social y parafiscales. Este proceso se realizo conforme a la normatividad vigente, garantizando transparencia y legalidad. Con ello se habilita el trámite oportuno de la cuenta de cobro correspondiente.

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 (2026-06-23) AL (2026-06-30)

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:	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	*FREDY EDISON PIRATOVA GARCIA* *PS_4377_2026_008959* **FREDY EDISON PIRATOVA GARCIA** **CC: 7178139**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_4377_2026_008959* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_4377_2026_008959* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**