

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDWAR ALONZO OTALORA PINZON			CC:	79651464
CORREO ELECTRÓNICO:	EDWARDOTALORA@YAHOO.ES			TELÉFONO:	3054232212
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 23 SUR 24 G 21			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009400831583
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4280 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.478.284	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/06/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/12 AL 2026/06/30				
 EDWAR ALONZO OTALORA PINZON PS_4280_2026_E89BC7 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDWAR ALONZO OTALORA PINZON CC: 79651464 CEL: 3054232212					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
EDWAR ALONZO OTALORA PINZON

CON C.C N°79.651.464

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4280 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/06/11
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$4.000.037	No. HORAS EJECUTADAS	76
----------------------------	-------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$10.000.093	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$2.478.284
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) 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	REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN Y APLICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON LA RESOLUCIÓN 711 DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN CUMPLIMIENTO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO.
2	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS CAPACITACIONES SOBRE EL MANEJO DE LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES COMO GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y DEMÁS HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.
3	REALIZAR LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS, CUMPLIENDO CON LAS METAS ESTABLECIDAS DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL.
4	EFFECTUAR LOS TAMIZAJES Y VALORACIONES ESTABLECIDAS EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, INCLUYENDO APGAR FAMILIAR, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, FINDRISC, CUESTIONARIO EPOC Y REGISTRO DE FIRMAS.
5	DESARROLLAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS, IDENTIFICANDO RIESGOS Y REALIZANDO LAS CANALIZACIONES O REMISIONES NECESARIAS, PROGRAMANDO SEGUIMIENTOS CUANDO SEA PERTINENTE.
6	VERIFICAR LA FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA DETERMINAR EL TIPO DE ATENCIÓN REQUERIDA POR CADA USUARIO, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS VIGENTES.
7	PROGRAMAR, EJECUTAR Y REGISTRAR LAS ATENCIONES EN SALUD DE ACUERDO CON LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR, EL CURSO DE VIDA Y LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.
8	IDENTIFICAR USUARIOS PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA Y GESTIONAR LA PROGRAMACIÓN DE NUEVAS VISITAS PARA GARANTIZAR SU ATENCIÓN INTEGRAL.
9	IDENTIFICAR PERSONAS SIN ASEGURAMIENTO Y REMITIR LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL PROCESO DE AFILIACIÓN POR OFICIO.
10	REALIZAR CONTACTO TELEFÓNICO CON LOS USUARIOS O CUIDADORES PARA CONFIRMAR DATOS DE UBICACIÓN Y NOTIFICAR LA PROGRAMACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.
11	DILIGENCIAR, ACTUALIZAR Y CERRAR LOS REGISTROS EN LOS APLICATIVOS Y FORMATOS INSTITUCIONALES, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN.
12	EJECUTAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS DE ATENCIÓN.
13	REALIZAR LA NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y DEMÁS EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LOS SISTEMAS CORRESPONDIENTES.
14	BRINDAR LA ATENCIÓN INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, ACTIVANDO LAS RUTAS DE ATENCIÓN Y REALIZANDO EL ACOMPAÑAMIENTO HASTA LA LLEGADA DEL EQUIPO DE RESPUESTA.
15	ASISTIR DE MANERA OPORTUNA A COMITÉS, REUNIONES, CAPACITACIONES Y DEMÁS ESPACIOS INSTITUCIONALES PROGRAMADOS, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES.
16	ELABORAR Y PRESENTAR OPORTUNAMENTE LAS CUENTAS DE COBRO Y DEMÁS DOCUMENTOS CONTRACTUALES REQUERIDOS, CUMPLIENDO LOS PLAZOS INSTITUCIONALES.
17	APOYAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE AGENDAMIENTO DE LAS ATENCIONES, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y CONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA.
18	HACER USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y DEMÁS BIENES INSTITUCIONALES, ASEGURANDO SU CONSERVACIÓN Y CORRECTA UTILIZACIÓN.

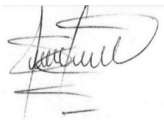
19	DILIGENCIAR Y ENTREGAR LOS FORMATOS, INFORMES, SOPORTES, ACTAS Y DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.		
20	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y LA CALIDAD DE LOS REGISTROS.		
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 (2026-06-12) 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:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 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 ningún 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		EDWAR ALONZO OTALORA PINZON PS_4280_2026_E89BC7 EDWAR ALONZO OTALORA PINZON CC: 79651464	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4280_2026_E89BC7 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDWARD ALONSO OTALORA PINZON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79651464**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de marzo de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Edward Alonso Otalora Pinzon, identificado(a) con CC número 79651464, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79651464
NOMBRES Y APELLIDOS	Edward Alonso Otalora Pinzon
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	16/12/1972
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	205 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/06/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 79651464 EDWARD ALONSO OTALORA PINZON Desde 06/03/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 79651464 EDWARD ALONSO OTALORA PINZON Desde 27/12/2025 Hasta 31/12/2025N.I.T. 830035650 REDES HUMANAS SA Desde 28/10/2025 Hasta 11/11/2025CEDULA DE CIUDADANIA 79651464 EDWARD ALONSO OTALORA PINZON Desde 30/09/2025 Hasta 30/09/2025CEDULA DE CIUDADANIA 79651464 EDWARD ALONSO OTALORA PINZON Desde 01/08/2025 Hasta 31/08/2025CEDULA DE CIUDADANIA 79651464 Trabajador Independiente Desde 13/06/2025 Hasta 13/06/2025N.I.T. 901531597 IPS UNIVERSITARIA DE COLOMBIA Desde 23/10/2024 Hasta 31/03/2025



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Edward Alonso Otalora Pinzon, identificado(a) con CC número 79651464, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Medellín, 28 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que EDWARD ALONSO OTALORA PINZON identificado(a) con C79651464 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C796514642617939001