




CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
OLGA LUCIA ARDILA ALARCON			
CON C.C N°		39.645.465	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 6149 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	6 DE AGOSTO DE 2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	5.200.049	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	5.200.049	<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 6.000.056
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	VEINTISEIS (26) DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		
<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
1	SE REALIZA PLAN DE CUIDADO FAMILIAR A TRAVÉS DEL APLICATIVO GTAPS SEGÚN LA ATENCIÓN		
2	MEDIANTE EL CARGUE EN EL APLICATIVO GTAPS SE REALIZA EL CARGUE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, ESTA ACCIÓN PERMITE CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN, GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS INDIVIDUALES		
3	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD		
4	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO, INTERVENCIÓN Y ARTICULACIÓN OPORTUNA CON LA RED DE SERVICIOS Y LAS AUTORIDADES DE SALUD COMPETENTES.		
5	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN Y POTENCIAN LAS CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS, SUS FAMILIAS Y CUIDADORES, CON EL PROPÓSITO DE FOMENTAR CONDUCTAS SALUDABLES Y FORTALECER SU ROL ACTIVO EN EL CUIDADO DE LA SALUD. ESTA INTERVENCIÓN SE ORIENTA A PROMOVER LA CORRESPONSABILIDAD, EL EMPoderAMIENTO COMUNITARIO Y LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD		
6	N/A		
7	DURANTE LA VALORACIÓN INTEGRAL, SE REALIZA PRIORIDAD DEL INDIVIDUO		
8	EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A POBLACIÓN PRIORIZADA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES SE REALIZA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD. DURANTE LA VISITA, EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA LLEVA A CABO LA VALORACIÓN INTEGRAL SEGÚN EL CURSO DE VIDA, DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. EN CASO DE REQUERIRSE, SE GESTIONAN LAS RESPECTIVAS REMISIONES A MEDICINA, PSICOLOGÍA, O A OTRAS RUTAS DE ATENCIÓN DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORIO.		
9	SE REALIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CADA USUARIO VALORADO, VERIFICANDO EL CURSO DE VIDA SEGÚN LO ESTIPULADO EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. DE ACUERDO CON EL CASO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO, SE BRINDÓ ATENCIÓN CORRESPONDIENTE AL CURSO DE VIDA MEDIANTE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. EN LOS CASOS QUE LO REQUERIAN, SE GENERÓ LA RESPECTIVA DERIVACIÓN PARA VALORACIÓN POR MEDICINA, PSICOLOGÍA EBS, MINISTERIO, ENTRE OTROS		
10	ANTE LA PRESENCIA DE UNA EMERGENCIA DURANTE LA VISITA EN TERRITORIO, EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA BRINDARÁ ATENCIÓN INICIAL E INMEDIATA AL USUARIO, DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS Y ACTIVARÁ EL CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, CON EL FIN DE GESTIONAR LA REMISIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) QUE GARANTICE LA ATENCIÓN REQUERIDA. (CADA UNO DEBE COLOCAR SI O NO REALIZO ACTIVACION CRUE SI LO ACTIVO COLOCA SE REMITEN CANTIDAD DE USUARIOS SI NO COLOCAR NO SE REALIZA ACTIVACION CRUE DURANTE LAS ATENCIONES RELAZADAS EN EL MES DE AGOSTO)		
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>			
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (06/08/2025) AL (31/08/2025)			
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
<b>No. DE PLANILLA:</b>	<b>CERTIFICADO DE AFILIACIÓN</b>	<b>OPERADOR:</b>	<b>CERTIFICADO</b>
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	COMPENSAR	0/01/1900	\$ 0
<b>PENSIÓN:</b>	COLPENSIONES	0/01/1900	\$ 0
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	SURA	0/01/1900	\$ 0
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 0
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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.			
<b>VI. ANEXOS</b> (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 OLGA LUCIA ARDILA ALARCON CC 39645465		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA SUPERVISOR ALTERNO		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	OLGA LUCIA ARDILA ALARCON	<b>CC:</b>	39645465
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<a href="mailto:olgaardila1990@hotmail.com">olgaardila1990@hotmail.com</a>	<b>TELÉFONO:</b>	3118521070
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 21 SUR 68F 18	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA D.C.

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

NO tomaré costos y deducciones	( X )
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

<b>Régimen Simple De Tributación</b> : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.	SI ( )	NO ( X )
--	--------	----------

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	488441038509
---------------------------------	-----------------------	------------------------	---------	-------------------	--------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 6149 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 6.000.056
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	6 DE AGOSTO DE 2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	31 DE AGOSTO DE 2025

<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	06/08/2025 Hasta 31/08/2025
---------------------------------	-----------------------------

*Olga Lucía Ardila*

OLGA LUCÍA ARDILA ALARCON  
 CC 39645465  
 TEL 3118521070

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

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) OLGA LUCIA ARDILA ALARCON identificado(a) con Cedula Ciudadania 39645465, 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
20200512	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Julio de 2.025

**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  
25303305

CER-AFI

Medellín, 29 de julio de 2025

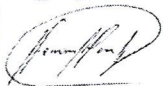
**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

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

Que OLGA LUCIA ARDILA ALARCON identificado(a) con CC 39645465 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.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C396454652508972224

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OLGA LUCIA ARDILA ALARCON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39645465**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2008** 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 29 de julio de 2025.



**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.



## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**15/07/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora OLGA LUCIA ARDILA ALARCON** con **Cédula de Ciudadanía** número **39645465**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550488441038509**  
Fecha de apertura **30/08/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA