


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	RUTH JANNETTE NOGUERA			CC:	52180335
CORREO ELECTRÓNICO:	rujanog@gmail.com			TELÉFONO:	3118443377
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 71F SUR 78C 14			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488454241974

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6176 2025	N° CDP:	2411	N° RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y DIECISIETE (17) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/20 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 800.000.000

  
RUTH JANNETTE NOGUERA  
PS\_6176\_2025\_33CB39

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

RUTH JANNETTE NOGUERA

CC: 52180335

CEL: 3118443377

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

**RUTH JANNETTE NOGUERA**

**CON C.C N°**

**52.180.335**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS COMO AGENTE COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO 2230116/2023 ENTERRITORIO

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

**PS 6176 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/08/15**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

3.134.353

**No. HORAS EJECUTADAS**

**0**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

3.134.353

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$

800.2

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

UN (01) MES Y DIECISIETE (17) DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

LORENSA BECERRA CAMARGO

**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)**

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 identifiqué en actividades de campo si existen barreras operativas e informo la coordinador del proyecto en las reuniones de equipo.
2	Se realizaron charlas educativas junto a la entrega de paquetes de prevención y toma de prueba de VIH en campo durante el mes; así como también asesorías en relación a salud sexual y reproductiva y otras dudas particulares del usuario alineadas con el proyecto. Temas: Se realizó psicoeducación sobre vías de Transmisión del VIH, generalidades del VIH, Tratamiento, diferencias entre TARV, PrEP y PEP. Se desmintió noticia sobre "PANDEMIA DE VIH", se explica el crecimiento de los casos detectados. Se realiza material didáctico para proover y dar a conocer el uso de la PREP como método de prevención del VIH. Se hace entrega del material didáctico realizado al equipo de comunicaciones ENTERRITORIO para que sea copiado y distribuido tanto en el convenio centro oriente como en otras subredes.
3	Se participa en la implementación de los lineamientos de EN Territorio y de la Subred Centro Oriente para ampliar la cobertura, entre ellos ampliar la información de prevención con los nuevos servicios dentro de la estrategia, la Profilaxis PrEP-exposición y el auto test con poblaciones priorizadas del convenio.
4	Se diligencian formatos bajo direccionamiento de ENTerritorio preservando la calidad del dato. En reunión de equipo se retroalimentan directrices sobre el tema y se ponen en práctica en campo. Se realiza entrega los días pautados por la coordinación del proyecto ( lunes y jueves cada semana).
5	He cumplido de manera efectiva con los lineamientos para el manejo, control y seguimiento de insumos. Cada semana se hace balance con auxiliar administrativa para recibir insumos y a final de mes para cerrar el proceso de bodega.
6	He intervenido en zonas de alto grado de vulnerabilidad en los territorios de la Subred Centro Oriente, alcanzando a la población de difícil contacto en su comunidad utilizando las redes de apoyo.
7	Siempre doy uso de la indumentaria entregada y reglamentada por el convenio.
8	Custodio y soy responsable de los formatos de manera íntegra para el continuo desarrollo del programa. Estos se entregan los días lunes y jueves directamente a la auxiliar de monitoreo.
9	Se entregaron paquetes de prevención que incentiven a la toma de la prueba rápida de VIH, junto con las actividades que se realizan en jornadas extramurales dentro de los territorios de la subred centro oriente haciendo énfasis en las localidades que pertenecen a la sub red centro oriente como Mártires, Santa fe, San Cristóbal sur, Antonio Nariño y la candelaria y también en los espacios públicos de estas localidades. Convocando a la población priorizada como hsh, inmigrantes, chicos y chicas trans, mujeres y hombres trabajadores sexuales en las diversas zonas comerciales de cada barrio.
10	Entregue paquetes de prevención que incluyen condones y lubricante a base de agua teniendo en cuenta la caracterización del usuario ( HSH-INTERRITORIO 9 condones- 1 lubricante TS-TRANS 18 condones y 1 lubricante) e información promocional dentro de la estrategia de ENTerritorio. En el periodo se realiza entrega de paquetes dobles para los usuarios y paquetes libres para hombres y mujeres Trabajadores sexuales y población HSH. También se hace entrega de paquetes con AUTO-TEST haciendo partiendo de los nuevos lineamientos programáticos del convenio.
11	Se hizo agendamiento y difusión permanente de las actividades con líderes y líderes de las poblaciones clave del proyecto convocando a la población priorizada como hsh, inmigrantes, chicos y chicas trans, mujeres y hombres trabajadores sexuales , participando en el mapeo y localización de población inmigrante Venezolana.
12	Asistí a las actividades programadas por la coordinación del convenio, tanto las reuniones los días lunes, como las actividades de tamizaje los días lunes a sábado, a los enuentros para cierre de inventario e insumos cada mes, además de hacer búsqueda de nuevos lugares de tamizaje los días viernes de cada semana.
13	Participo activamente en el mapeo y gestión de nuevos espacios dentro de los territorios Centro Oriente para el próximo mes, entre ellos, gestión de saunas, bares, parques y zonas comerciales y lugares de homosocialización y puntos de ligue.

14	Se hacen los aportes para la formulación de estrategias locales para abordaje a población clave, a partir del ajuste de la estrategia educativa y promoción de paquetes de prevención en zonas de ligue, homosocialización y trabajo sexual de hombres y mujeres.
15	Se realiza de manera semanal con el líder del proyecto en la creación de fichas técnicas para la implementación de actividades educativas forma extramural, como recorridos de calle, talleres, brigadas, servicios de escucha y jornadas educativas.
16	He asistido a las actividades programadas por la coordinación el convenio como lo dicta las partes contratantes.
17	Se informan a las personas que participan del programa que se acerquen para una segunda intervención de este programa.
18	Durante cada mes se desarrollan estrategias para la búsqueda activa de la población clave empleando estrategias como mapeo, donde encuentran dichas poblaciones, como sitios de homosocialización, trabajo sexual masculino y femenino, divulgación de actividades por redes sociales donde se invita a la población a que se acerquen a realizarse la prueba rápida de VIH en carpas en los siguientes lugares de nuestra localidad correspondiente, Parque Espinoza, Recorrido el Progreso, Recorrido Altamira chiquita, las nieves, Bello Horizonte y feria de servicios interinstitucional, Edurado Frei, Providencia, la Capuchinas. Esto teniendo en cuenta que las actividades se realizan en puntos fijos y a través de recorridos.
19	Se realiza agendamiento previo de usuarios pertenecientes a las poblaciones clave del proyecto, usando redes sociales como WhatsApp. Telegrama, Grindr, Manhunt, scruff y Omolink
20	Se construye cronograma de actividades junto a equipo de gestores, auxiliares y la coordinación del proyecto para alcanzar el mayor número de usuarios durante el mes de agosto.

### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA 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 (2025-08-20) AL (2025-08-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, que en ningún 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.

### 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**



RUTH JANNETTE NOGUERA

PS\_6176\_2025\_33CB39

RUTH JANNETTE NOGUERA

CC: 52180335

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*JOHN MARIO GAMA GONZALEZ*

*PS\_6176\_2025\_33CB39*

**JOHN MARIO GAMA GONZALEZ**

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*LORENSA BECERRA CAMARGO*

*PS\_6176\_2025\_33CB39*

**LORENSA BECERRA CAMARGO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUTH JANNETTE NOGUERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52180335**, se encuentra afiliado/a desde **25/08/1993** 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 22 de agosto 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.

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Número de Radicación

Fecha de Radicación

--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Página 1 de 2

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen: A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante: A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		7. Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>

**A. AFILIACIÓN**

8. Apellidos y nombres completos Segundo apellido: <b>NOBUERA</b>   Primer nombre: <b>RUTH</b>   Segundo nombre: <b>JANNETTE</b>			
9. Tipo documento de identidad: <b>CC</b>	10. Número de documento de identidad: <b>52180335</b>	11. Sexo biológico: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo de identificación: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Cuál?
13. Nacionalidad: <b>Colombiana</b>	14. Lugar de nacimiento: País <b>Colombia</b>   Departamento <b>Bogotá D.C.</b>   Municipio <b>Bogotá D.C.</b>	15. Fecha de nacimiento: <b>15/10/1975</b>	

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

16. Etnia <input type="text"/>	17. Comunidad <input type="text"/>	18. Discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Categoría de discapacidad: Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN: Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	21. Grupo de población especial <input type="text"/>	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: <b>POSITIVA</b>	23. Administradora de Pensiones: <b>Colpensiones</b>	24. Ingresos base de cotización - IBC: <b>1.428.500</b>	25. Tarifa Contribución Solidaria <input type="text"/>
26. Residencia: Calle <b>FIF sur # 78c14</b>   Teléfono fijo <b>13118443377</b>   Correo electrónico <b>rujanog@gmail.com</b>		27. Localidad/Comuna: <b>Bogotá</b>   Zona: <b>Bosa</b>	

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

27. Apellidos y nombres completos del cotizante: Primer apellido: <b>NOBUERA</b>   Segundo apellido: <b>NOBUERA</b>   Primer nombre: <b>RUTH</b>   Segundo nombre: <b>JANNETTE</b>			
28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo de identificación: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País <input type="text"/>   Departamento <input type="text"/>   Municipio <input type="text"/>	34. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	

**Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

35. Apellidos y nombres completos del beneficiario: Primer apellido: <b>B1</b>   Segundo apellido: <b>B2</b>   Primer nombre: <b>B3</b>   Segundo nombre: <b>B4</b>						
36. Tipo de doc. de identidad	37. Número de doc. de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40. Sexo de identificación: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País <input type="text"/>   Departamento <input type="text"/>   Municipio <input type="text"/>	42. Fecha de nacimiento <input type="text"/>
B1						
B2						
B3						

**Datos complementarios del beneficiario**

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBÉN: Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	49. Discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad <input type="text"/>	50. Incapacidad permanente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B1							
B2							
B3							
51. Datos de residencia: Departamento <input type="text"/>   Municipio/Distrito <input type="text"/>		Zona: Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>		Teléfono fijo/celular <input type="text"/>		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	
B1							
B2							
B3							
Dirección <input type="text"/>			Localidad/Comuna <input type="text"/>			Correo electrónico <input type="text"/>	
B1							
B2							
B3							

**Selección de la IPS primaria**

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: <b>C</b>	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS): <b>B</b>
B	
B	
B	

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO**

55. Nombre o razón social: <b>Ruth Jannette Nobuera</b>	56. Tipo de documento de identificación: <b>CC</b>	57. Número del documento de identificación: <b>52180335</b>	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS): <b>Independiente</b>
59. Ubicación: Calle <b>FIF sur # 78c 14</b>   Teléfono <b>3118443377</b>   Correo electrónico <b>rujanog@gmail.com</b>   Departamento <b>Bogotá D.C.</b>   Municipio/Distrito <b>Bogotá D.C.</b>			

VIGILADO SUPERVISADO

RECIBIDO SIN ACEPTACIÓN  
HORA: 29 JUN 2015