

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ			CC:	1032358423
CORREO ELECTRÓNICO:	tativ86@gmail.com			TELÉFONO:	1111111111
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR. 8A # 182 -56			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009770196393
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7574 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.671.201	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/10 AL 2025/10/30				
 MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ PS_7574_2025_EC4477 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ CC: 1032358423 CEL: 1111111111					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ

CON C.C N°1.032.358.423

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 7574 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/10

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$1.833.339No. HORAS EJECUTADAS123

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$1.833.339VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$1.671.201

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASVEINTIDOS (22) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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)

11. EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
2. DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LO RELACIONADO CON LA HISTORIA CLÍNICA
3. VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO. 4. GARANTIZAR LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL Y EL APLICATIVO GTAPS
4. CONSULTAR EN EL APLICATIVO PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - PAI WEB 2.0 DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL USUARIO. EN CASO DE NO ENCONTRAR REGISTRO COMPLETO DE LOS BIOLÓGICOS, INFORMAR AL PROFESIONAL DE PAI.
5. REALIZAR CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR CON EL FIN DE VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA EN QUE SE REALIZARÁ LA ATENCIÓN EN CASA.
6. DILIGENCIAR EL FORMATO DE USUARIOS CARACTERIZADOS CON CRITERIOS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA.
7. REALIZAR CANALIZACIONES SEGÚN PERTINENCIA Y DANDO CUMPLIMIENTO DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018).
8. REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL A USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y DERIVACIÓN DE LOS MISMOS
9. REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA
10. AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), DANDO CUMPLIMIENTO EN LA ATENCIÓN SEGÚN LA NECESIDAD QUE EVIDENCIEN EN EL USUARIO.
- 11.LAS ACTIVIDADES SE REALIZARÁN INTRAMURAL, EXTRAMURAL Y/O ADMINISTRATIVAS.
12. EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD DEBERÁN ASISTIR A QUIEN LO REQUIERA Y/O SOLICITAR APOYO ACTIVANDO LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS LÍNEA 123. LOS CASOS DE SALUD SERÁN DERIVADOS AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA LA REMISIÓN A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD IPS QUE CORRESPONDA. SERÁ NECESARIO REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA HASTA QUE LLEGUE EL EQUIPO DE RESPUESTA Y SEGUIR LAS INDICACIONES DEL REFERENTE DEL CRUE EN CASO DE SER CONTACTADO. EL TIEMPO QUE EL CONTRATISTA PERMANEZCA EN EL EVENTO DEBERÁ JUSTIFICARSE MEDIANTE LA EVOLUCIÓN HORA A HORA HASTA LA ENTREGA AL EQUIPO DE RESPUESTA, TIEMPO QUE SERÁ VALIDADO PARA EL PAGO DE HONORARIOS. TODO LO ANTERIOR DEBERÁ CUMPLIRSE EN SU CALIDAD DE PERSONAL DE SALUD Y PRIMER RESPONDIENTE.

13	13. ADICIONALMENTE, DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y/O ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y CONVOCATORIAS, Y REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS, JORNADAS Y COMITÉS A LOS CUALES SEA CONVOCADO, COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES.
14	14. SERÁ TAMBIÉN SU OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LOS FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, ENVIAR LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y AQUELLOS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
15	15. DEBERÁ OPERAR Y MANEJAR DE FORMA CORRECTA, ASÍ COMO RESPONDER POR EL CUIDADO Y BUEN USO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO Y DEMÁS ELEMENTOS ASIGNADOS, RESPONDIENDO POR LA PÉRDIDA O DAÑO DE LOS MISMOS QUE CONSERVE BAJO SU CUIDADO O A LOS CUALES TENGA ACCESO PARA EL DESARROLLO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, REALIZANDO LA ENTREGA DE TODOS ESTOS AL FINALIZAR EL CONTRATO (ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL, EQUIPOS BIOMÉDICOS, OFIMÁTICOS, INSUMOS U OTROS QUE LE HAYAN SIDO ENTREGADOS).
16	16. EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR EL USO DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, ABSTENIÉNDOSE DE COMPARTIRLOS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO, Y ENTREGARLOS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO JUNTO CON LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO.
17	17. DEBERÁ REALIZAR TODAS LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN.

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 (2025-10-10) AL (2025-10-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 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	 MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ PS_7574_2025_EC4477 MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ
---------------------------------------	---

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
PS_7574_2025_EC4477

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

25/10/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1032358423**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	009770196393
Fecha de apertura	16/05/2012

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ identificado(a) con CC. 1032358423 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	2012/06/20
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO IPANEMA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 15 días del mes de 10 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.358.423**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Octubre del 2025.

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.

Medellin, 25 de octubre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que MARIA TATIANA VARGAS FLOREZ con documento de identidad C1032358423, 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
2025-09-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000 001	3	2.436	EN COBERTUR A

