



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909410, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1013683829	JULIETH TATIANA SIERRA MORENO	RIESGO 3	3	2.436%	17/09/2025	31/12/2025	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 28 de Noviembre del año 2025.

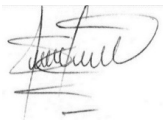
Firma Representante Legal

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIETH TATIANA SIERRA MORENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1013683829**, se encuentra afiliado/a desde **14/05/2019** 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 28 de noviembre 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.

Bogotá, Noviembre / 28 de 2025



Señor (a): JULIETH TATIANA SIERRA MORENO
CC. 1013683829
DG 51 A SUR 6 06 ESTE
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Agosto / 1 de 2025, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIETH TATIANA SIERRA MORENO		CC:	1013683829	
CORREO ELECTRÓNICO:	yuliet.sierra.tm@gmail.com		TELÉFONO:	3145826768	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 51A SUR 6 06 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488452345264

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6282 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



JULIETH TATIANA SIERRA MORENO
PS_6282_2025_4D9F59

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JULIETH TATIANA SIERRA MORENO

CC: 1013683829

CEL: 3145826768

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

JULIETH TATIANA SIERRA MORENO

CON C.C N°

1.013.683.829

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6282 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.250.014	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.750.022	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
--	----------------

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)

1	SE REALIZA DESPLAZAMIENTO AL TERRITORIO CORRESPONDIENTE (SAN CRISTOBAL),EN DONDE SE CARACTERIZA, SE REALIZA VALORACION INTEGRAL A LOS USUARIOS DURANTE LA INTERVENCION, IDENTIFICANDO RIESGO Y DERIVANDO A LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES DENTRO DEL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO.
2	ESTABLECER LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES Y REALIZAR PERIÓDICAMENTE EL DEBIDO SEGUIMIENTO Y CIERRE DEL CASO EN EL APLICATIVO GTAPS DE ACUERDO A LA PRIORIDAD DEL CASO.
3	SE REALIZA LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024, INDENTIFICANDO USUARIOS CON CORMOBILIDADES COMO HIPERTENSION ARTERIAL,DIABETES MELLITUS TIPO2. EPOC.
4	IDENTIFICAR LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA (ALTA, MEDIA O BAJA) SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES, REALIZANDO SEGUIMIENTO Y DERIVANDO AL PROFESIONAL
5	SE LLEVA A CABO VALORACIÓN CLINICA GENERAL, TOMA DE SIGNOS VITALES, ASÍ COMO MEDICIÓN DE PESO Y TALLA, CON EL FIN DE EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL Y FISICO UTILIZANDO PARAMETROS COMPARATIVOS AJUSTADOS A LA EDAD Y CONDICIÓN DE SALUD
6	DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE SE REALIZA LA CARACTERIZACIÓN EN EL SECTOR CATASTRAL DE EL PARAISO Y SE DERIVAN A PERFILES SEGÚN PRIORIDAD O PATOLOGÍA
7	SE REALIZA CONSULTA EN APLICATIVO ADRES PARA VERIFICAR EL EAPB Y SU RÉGIMEN CON EL FIN DE CONFIRMAR EAPB PARA DERIVACIÓN A PROFESIONALES
8	SE SOLICITA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS USUARIOS PARA QUE EL PROFESIONAL PUEDA ESTABLECER UNA UBICACIÓN Y FECHA PARA ACORDAR LA ATENCIÓN.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077251016	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/14	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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



JULIETH TATIANA SIERRA MORENO
PS_6282_2025_4D9F59

JULIETH TATIANA SIERRA MORENO
CC: 1013683829

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
PS_6282_2025_4D9F59

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO