

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	NATALIA XIMENA NIÑO CACERES		<b>CC:</b>	1022980950
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	natalianinocaceres@gmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3162495798
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 22G 95D 37		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 488437213561

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 8037 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 7.500.024
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/12/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/12/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



NATALIA XIMENA NIÑO CACERES  
 PS\_8037\_2025\_B61A00

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

NATALIA XIMENA NIÑO CACERES

**CC: 1022980950**

**CEL: 3162495798**

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

**NATALIA XIMENA NIÑO CACERES**

**CON C.C N°**

**1.022.980.950**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 8037 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/12/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.750.012	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 7.500.024	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 7.500.024
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	UNO (1) MESES
--	---------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
-------------------------------	--------------------------------

**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	1. VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS OBJETO DE INTERVENCIÓN.
2	2. IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO
3	3. IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO.
4	4. IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD.
5	5. CONSTRUIR CONCERTADAMENTE CON EL USUARIO EL PLAN DE CUIDADO.
6	6. REALIZAR LOS REGISTROS EN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA PARA CADA RIA ESTABLECIDO POR LA SISS.
7	7. EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL LIDER OPERATIVO.
8	8. REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.
9	9. EL MÉDICO GENERAL ESTARÁ PRESENTE CON EL USUARIO CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON MÉDICO FAMILIAR, INTERNISTA O PSIQUIATRÍA DE LASUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO.
10	11. DEBERÁ ORDENAR LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON LA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA RESPECTIVA, PARA ASI DISPONER DE RESULTADOS EL DÍA DE LA TELE CONSULTA CON EL ESPECIALISTA, ESTAS ÓRDENES DEBEN SER DE CONOCIMIENTO DEL AGENDADOR CUANDO CORRESPONDA, PARA PROCEDER A ESTABLECER EL AGENDAMIENTO DE LA LECTURA DE RESULTADOS
11	12. DEBERÁ ESTABLECER LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES.

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 0	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/20	\$ 314.401
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/20	\$ 402.434
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/20	\$ 61.270
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 778.105</b>

**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**



*NATALIA XIMENA NIÑO CACERES*

*PS\_8037\_2025\_B61A00*

**NATALIA XIMENA NIÑO CACERES**

**CC: 1022980950**

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



*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*

*PS\_8037\_2025\_B61A00*

**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados		

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



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

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) NATALIA XIMENA NIÑO CACERES identificado(a) con Cedula Ciudadania 1022980950, 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
20240125	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Diciembre 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  
30942722

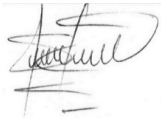
CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NATALIA XIMENA NIÑO CACERES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1022980950**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/2024** 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 20 de diciembre 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.

Medellín, 20 de diciembre 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 NATALIA XIMENA NIÑO CACERES identificado(a) con C1022980950 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](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10229809502535460550



## CERTIFICADO

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

**04/01/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NATALIA XIMENA NINO CACERES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022980950**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **488437213561**  
Fecha de apertura **09/02/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA