

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA MARCELA TORRES NORIEGA		CC:	1000989040	
CORREO ELECTRÓNICO:	linatorres0502@gmail.com		TELÉFONO:	3162290383	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48 14 62		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	67400004297

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3367 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.550.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/26	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/19 AL 2026/03/31		



LINA MARCELA TORRES NORIEGA  
PS\_3367\_2026\_63097B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LINA MARCELA TORRES NORIEGA

CC: 1000989040

CEL: 3162290383

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

**LINA MARCELA TORRES NORIEGA**

**CON C.C N° 1.000.989.040**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3367 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/26</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 13.284.800	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>68</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 13.284.800	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.550.400
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES Y CINCO (5) DIAS
--	---------------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
--	-------------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ
-------------------------------	-------------------------------

<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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1	1. OBLIGACION: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades propuestas en la localidad Los mártires como son: Asesorías en salud en los productos 25, 33, 75 y 84. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de fichas propias de las actividades de labora.
---	---

2	2. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma con las actividades realizadas durante el mes. 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en magnético drive: <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1HH8tvISxLGD5kTi1VdEsgrA4imZJMMH?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/1HH8tvISxLGD5kTi1VdEsgrA4imZJMMH?usp=sharing</a> .
---	--

3	3. OBLIGACION: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Brindar apoyo de las actividades programadas por el entorno laboral en pro del cumplimiento de las metas y demás actividades que disponga el líder del entorno. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia.
---	---

4	4. OBLIGACION: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Brindar asesoría para el cuidado y la protección de la salud en NNA y asesorías de promoción del cuidado de la salud con énfasis en prevención de factores de riesgo de condiciones crónicas no transmisibles con trabajadores de la economía informal. 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI y demás formatos del proceso laboral.
---	--

5	5. OBLIGACION: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar la calidad y cantidad de los procesos asignados durante el mes en curso y realizar alistamiento de carpetas para auditoria. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI, tamizajes y envío de bases de condiciones crónicas y toma de glucometría a los correos: <a href="mailto:espaciotrabajossubredco2@gmail.com">espaciotrabajossubredco2@gmail.com</a> . <a href="mailto:mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com">mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com</a> .
---	--

6	6. OBLIGACION: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó lectura y apropiación conceptual a lineamientos y caja de herramientas para la ejecución de las actividades de la nueva vigencia octubre 2025 a junio 2027. 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia.
---	---

7	7. OBLIGACION: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo con los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar la calidad y cantidad de los procesos asignados durante el mes en curso y realizar alistamiento de carpetas para auditoria. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI, tamizajes y envío de bases de condiciones crónicas y toma de glucometría a los correos: <a href="mailto:espaciotrabajossubredco2@gmail.com">espaciotrabajossubredco2@gmail.com</a> . <a href="mailto:mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com">mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com</a>
---	--

8	8. OBLIGACION: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Canalización sectorial e intersectorial, proceso de agendamiento y activaciones de ruta según necesidad de los NNA y trabajadores de las unidades de trabajo informal intervenidos. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de Excel de canalización, formatos de epidemiología según evento de interés en salud pública identificado.
---	---

9	9. OBLIGACION: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organizar en capetas los soportes generados para el desarrollo de las actividades, teniendo en cuenta foliar, perfilar las hojas y marcas las carpetas acordes a los productos que se ejecutan en el entorno. 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia.
---	--

10	10. OBLIGACION: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo con su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con activación de ruta y notificación acorde a necesidad identificada tanto a nivel individual y colectivo. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): formato de canalización y notificación según evento.
11	11. OBLIGACION: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo con los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciar de forma adecuada los formatos de UTI de acuerdo a los instructivos de cada formato. 11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de UTI y formatos de NNA.
12	12. OBLIGACION: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento de las actividades asignadas en el entorno cuidador laboral, jornadas de salud dando respuesta a la meta signada durante el mes. 12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia.

### 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 (2026-03-19) AL (2026-03-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		\$ 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**



LINA MARCELA TORRES NORIEGA

PS\_3367\_2026\_63097B

**LINA MARCELA TORRES NORIEGA**

**CC: 1000989040**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN*

*PS\_3367\_2026\_63097B*

**JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ*

*PS\_3367\_2026\_63097B*

**ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**





### CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

#### CERTIFICA

Que Lina Marcela Torres Noriega, identificado(a) con CC número 1000989040, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000989040
NOMBRES Y APELLIDOS	Lina Marcela Torres Noriega
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	05/02/2001
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 Tiene El Servicio Suspendido
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	18 - Inconsistencias En Pagos De Cotizacion Obligatoria
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	16/12/2002
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	918 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 838000257 FUNDACION HEMATOLOGICA SARMIENTO  
COLOMBIA Desde 01/09/2025 - Vigente CEDULA DE  
CIUDADANIA 1000989040 LINA MARCELA TORRES NORIEGA  
Desde 01/09/2025 - Vigente

**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:**

**LINA MARCELA TORRES NORIEGA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.989.040**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Marzo del 2026.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



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	1000989040	LINA MARCELA TORRES NORIEGA	30 - RIESGO 3	3	2.436%	04/03/2026		INDEPENDIENTE AGREMIADO ASOCIADO	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 21 de Marzo del año 2026.

Firma Representante Legal