

Bogotá, Marzo / 26 de 2026



Señor (a): DIEGO JAVIER RUBIANO BACA  
CC. 80825616  
CR 37 33 45  
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 2008, 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](http://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](http://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.

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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**DIEGO JAVIER RUBIANO BACA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.825.616**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Marzo del 2026.

Cordialmente,



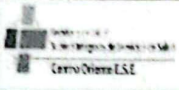
---

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.



LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION		Sura	
CC-CEDULA DE CIUDADANIA		80825616	
2. TIPO DE DOCUMENTO		3. Numero de Documento	
Diego	Javier	Rubiano	Baco
4. Primer Nombre	5. Segundo Nombre	6. Primer Apellido	7. Segundo Apellido
30/07/1983	soacha c.v.	Cra 37 # 33-45	
8. Fecha de Nacimiento	9. Ciudad de Residencia	10. Dirección de Residencia	
salud total		porvenir	
11. EPS - Salud		12. AFP - Pensiones	
Aux enfermería	Dejojaverrubiano@gmail.com.co	301 207 3638	
13. Perfil/ Profesión	14. Correo Electrónico	15. Celular	

  
 16. Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.  
**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo**  
**apoyocontratacion@subredcentroorientegov.co**  
 Diagonal 34 N° 5 - 37 PBX: 3282828 - ext 11011

1. Para el diligenciamiento del presente documento es importante que la información reportada sea legible y clara. El documento se debe diligenciar de forma digital siguiendo las indicaciones del instructivo en la hoja siguiente.  
 2. Para afiliaciones ARL RIESGO IV y V la entidad realizara el tramite de afiliación de la persona con el operador oficial de la institución, generando los aportes correspondientes conforme el centro de trabajo y riesgo.



## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**07/11/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIEGO JAVIER RUBIANO BACA** con **Cédula de Ciudadanía n#mero 80825616**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

N#mero	<b>0550488426704737</b>
Saldo a la fecha	<b>23.41 Pesos</b>
Fecha de apertura	<b>24/01/2022</b>

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO JAVIER RUBIANO BACA		CC:	80825616	
CORREO ELECTRÓNICO:	DIEGOJAVIERRUBIANO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3012073638	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 37 33 45		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	185045697

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3433 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.729.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/12 AL 2026/03/31		



DIEGO JAVIER RUBIANO BACA  
PS\_3433\_2026\_1AF54A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIEGO JAVIER RUBIANO BACA

CC: 80825616

CEL: 3012073638

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

**DIEGO JAVIER RUBIANO BACA**

**CON C.C N° 80.825.616**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3433 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/03/06</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 6.984.920	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>132</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 6.984.920	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.729.200
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES
--	----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
-------------------------------	------------------------------

<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.REALICE EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO CONFORME A LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE LA ENTIDAD, NOTIFICANDO OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DE REFERENCIA CUALQUIER NOVEDAD OCURRIDA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.   |
| 2  | 2.CONTROLE Y REGISTRAR LOS SIGNOS VITALES DE LOS PACIENTES TRASLADADOS, INFORMANDO CUALQUIER ALTERACIÓN AL MÉDICO RECEPTOR DEL PACIENTE Y REALIZANDO ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA QUE PREVENGAN ACCIONES INSEGURAS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.   |
| 3  | 3.REALICE EL CONTROL, CONSERVACIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y CAMILLA DE LA AMBULANCIA, UTILIZANDO LOS FORMATOS INSTITUCIONALES CORRESPONDIENTES Y SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS LOS PRIMEROS 7 DÍAS DEL MES, FORMATOS MI-UR-FT-032 AMBULANCIA BÁSICA Y MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA.  |
| 4  | 4.ELABORE LA HISTORIA CLÍNICA CONFORME A LA NORMATIVA COLOMBIANA VIGENTE, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y UTILIZANDO EL FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIÓN PARA TRASLADO ASISTENCIAL SECUNDARIO (CÓDIGO: MI-UR-FT-017), ASÍ COMO LA ELABORACIÓN DE LOS DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRASLADO DE PACIENTES, INCLUYENDO EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO TRASLADO ASISTENCIAL (MI-UR-FT-015), ASEGURANDO SIEMPRE LA CLARIDAD Y EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA. |
| 5  | 5.REALICE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN Y EL REGISTRO EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES, EFECTUAR EL ASEO RUTINARIO POR TURNO, Y DURANTE LOS FINES DE SEMANA LLEVAR A CABO LA DESINFECCIÓN TERMINAL CONFORME AL PROTOCOLO ESTABLECIDO Y SEGÚN LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE.  |
| 6  | 6.RECIBIR Y ENTREGAR AL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y/O MÉDICO DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE, SEGÚN LA UNIDAD DE ORIGEN Y DESTINO, BRINDANDO ATENCIÓN ADECUADA TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA, MANTENIENDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.   |
| 7  | 7.CONOCI Y CUMPLI LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASÍ COMO REPORTAR EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES.   |
| 8  | 8.ASISTI Y PARTICIPE EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y ESPACIOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS PROGRAMADOS POR LA ENTIDAD.  |
| 9  | 9.COMUNIQUE OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACIÓN QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.  |
| 10 | 10.GARANTICE EL USO CORRECTO Y RESPONSABLE DEL RADIO DE COMUNICACIONES DE LA AMBULANCIA, ASEGURÁNDOSE DE MANTENER UNA COMUNICACIÓN CONSTANTE Y FLUIDA CON EL CENTRO DE OPERACIONES O LA BASE. INFORMAR DE MANERA OPORTUNA Y PRECISA   |

**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?	<b>X</b>	

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 (2026-03-12) 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:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 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 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 DIEGO JAVIER RUBIANO BACA PS_3433_2026_IAF54A <hr/> <b>DIEGO JAVIER RUBIANO BACA</b> <b>CC: 80825616</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PS_3433_2026_IAF54A <hr/> <b>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>