**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO** | | | **CC:** | **1030687188** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **KARENORJUELA123@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3217581654** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 103 74 74 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **0550468200133469** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3619 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.275.000** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/03/27** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/05/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/04/10 AL 2026/04/30** | | | | |

*KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO*
*PS_3619_2026_67E579*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO**
**CC: 1030687188**
**CEL: 3217581654**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.030.687.188** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA REFERENCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3619 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/03/27** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 5.279.300 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **250** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 5.279.300 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.275.000 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES Y CINCO (5) DIAS | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | REALICÉ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD, INFORMANDO CUALQUIER NOVEDAD AL REFERENTE Y UTILIZANDO LOS REGISTROS ESTABLECIDOS PARA ASEGURAR UNA TRANSICION SEGURA DE LAS ORDENES DE SERVICIO, DEJANDO LAS NOVEDADES REGISTRADAS EN EL LIBRO. |
| 2 | REGISTRÉ DE MANERA OPORTUNA, DETALLADA Y CRONOLOGICA EN LA PLATAFORMA DEL SOFTWARE SIRC TODAS LAS SOLICITUDES Y NOVEDADES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE. |
| 3 | FACILITÉ Y DIRECCIONÉ EL TRASLADO DE PACIENTES ENTRE LAS DISTINTAS UNIDADES HOSPITALARIAS, ASI COMO ENTRE INSTITUCIONES DISTRITALES Y NACIONALES QUE INTEGRAN LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCION, COORDINAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DISPONIBLES, EVALUAR LAS CONDICIONES CLINICAS Y ADMINISTRATIVAS PARTICULARES DE CADA PACIENTE. |
| 4 | GESTIONÉ DE MANERA COORDINADA Y EFICIENTE LAS SOLICITUDES, SEGUIMIENTO Y DOCUMENTACION DE TRASLADOS Y REFERENCIAS DE PACIENTES, GARANTIZANDO SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y COMUNICACION EFECTIVA ENTRE LAS DIFERENTES UNIDADES E INSTITUCIONES DE SALUD. |
| 5 | GARANTICÉ LA ATENCION EFICIENTE Y SEGURA DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES, PRIORIZANDO LOS CASOS URGENTES SEGUN SU CONDICION CLINICA, MEDIANTE LA ADECUADA COORDINACION Y COMUNICACION CON LAS UNIDADES DE ORIGEN Y DESTINO, EL REGISTRO DETALLADO DE LA INFORMACION RELEVANTE Y EL USO RESPONSABLE DE LOS RECURSOS Y CANALES INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS. |
| 6 | COMUNIQUÉ OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACION 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 PRESTACION DEL SERVICIO. |
| 7 | ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS PROGRAMADOS POR LA ENTIDAD. |
| 8 | VELÉ POR EL USO ADECUADO Y RESPONSABLE DEL TELEFONO INSTITUCIONAL ASIGNADO, ASEGURANDOSE DE QUE SEA EMPLEADO EXCLUSIVAMENTE PARA LOS TRAMITES Y COMUNICACIONES OFICIALES RELACIONADAS CON LA GESTION EN LA SISSCO. |
| 9 | REVICÉ EL CORREO INSTITUCIONAL DE MANERA REGULAR, ASEGURANDOSE DE IDENTIFICAR Y GESTIONAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACION RELACIONADA CON AUTORIZACIONES Y OTROS TRAMITES PROVENIENTES DE LOS DISTINTOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SGSSS. |
| 10 | COMENTÉ LOS PACIENTES EN TRAMITE DE REMISION PROVENIENTES DE LAS DIVERSAS IPS, EAPB Y ENTES DE CONTROL A NIVEL NACIONAL CON EL LIDER DE GOBIERNO CLINICO O LA PERSONA DESIGNADA SEGUN LA ESPECIALIDAD REQUERIDA, SE DEBE COORDINAR LA RECOLECCION Y ENVIO OPORTUNO DE LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA CADA CASO, ASEGURANDO LA INTEGRIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y ADMINISTRATIVA. |
| 11 | REALICÉ 70 HORAS ADICONALES, EN REFERENCIA, POR NECESIDADES DEL SERVICIO. |
| 12 | LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. |

**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 (2026-04-10) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° NA | OPERADOR: | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | | $ 0 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | | $ 0 |
| RIESGOS LABORALES: | AXA COLPATRIA | | $ 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** | *KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO*<br>*PS_3619_2026_67E579*<br>**KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO**<br>**CC: 1030687188** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE*<br>*PS_3619_2026_67E579*<br>**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

Bogotá, Marzo / 18 de 2026

Señor (a): KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO
CC. 1030687188
CR 100A 63 14 SUR CA 27
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 / 18 de 2023, 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.

Medellín, 28 de abril de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO identificado(a) con C1030687188 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10306871882611879920

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

**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:

**KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.687.188**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 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.