

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS		<b>CC:</b>	1049018483	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	daniprins318@gmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3192223627	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 83 SUR 91 70		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	488418477011

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 3597 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4.149.600
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/03/24	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/05/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS  
PS\_3597\_2026\_4050BF

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS

**CC:** 1049018483

**CEL:** 3192223627

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

**NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS**

**CON C.C N° 1.049.018.483**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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 3597 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/03/24</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.509.120	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>182</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 9.509.120	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.149.600
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** DOS (02) MESES Y OCHO (08) DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

**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)**

- | 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    | 1. OBLIGACIÓN: 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: Se realizaron acciones en el producto 59 entornos inspiradores son más bienestar en las seis localidades de la subred centro oriente, en los entornos priorizados, procesos de gestión sectorial e intersectorial, iniciativas comunitarias y demás actividades descritas en el documento operativo.1.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de gestión, correos u oficios, formatos de asistencia y formatos de sesiones colectivas.              |
| 2    | 2. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.2.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presentó cronograma actualizado correspondiente al mes de abril de 2026 por medio magnético en el drive dispuesto por las supervisiones de contrato.2.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en formato digital actualizado periódicamente.  |
| 3    | 3. OBLIGACIÓN: 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: Se generaron procesos de gestión sectorial e intersectorial para disminuir los factores de riesgo evidenciados en los entornos escolares, se realizaron acciones de seguimiento en los entornos del periodo anterior.3.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de soporte de gestión, correos u oficios que soportan dicha actividad.  |
| 4    | 4. OBLIGACIÓN: 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: Se realizó apoyo a las acciones y actividades que hacen parte del objeto contractual del entorno de bienestar educativo correspondientes al mes de abril 2026.4.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de actas con firma de participación en las actividades del entorno de bienestar educativo.  |
| 5    | 5. OBLIGACIÓN: 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: Se ejecutaron el número de actividades proyectadas en el plan de acción para el mes de abril 2026 en cumplimiento a las actividades señaladas en el documento operativo de la actual vigencia.5.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de soporte de acciones de gestión sectorial e intersectorial, formatos de sesiones colectivas y matriz de síntesis de gestiones. |
| 6    | 6. OBLIGACIÓN: 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: Durante el mes de abril 2026 no se realizó apropiación conceptual, teniendo en cuenta la última actualización y ajuste de las fichas técnicas dadas en el mes de enero. 6.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte debido a que no se realizó.   |
| 7    | 7. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio interadministrativo PSPIC. 7.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se participó en reunión de pre auditoría, gestión de necesidades de los entornos priorizados y acciones pertinentes en los entornos de acuerdo a los riesgos identificados y las solicitudes recibidas. 7.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, soporte de gestión de necesidades y matriz de sistematización de la gestión.  |
| 8    | 8. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de abril 2026 no se encontraron eventos de interés en salud pública que requieran ser notificados. 8.1. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte debido a que no se encuentran eventos para notificar.   |

9	9. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de abril 2026 se generó jornada de organización o gestión documental. 9.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realizó actualización del FUID y acta.
10	10. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos transversales del PSPIC, de acuerdo a su competencia: canalizaciones, PAI, educación para la salud pública, gesi, accvsye, notificación de eisp y participación social. 10.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se generó cumplimiento a las actividades transversales pertinentes de acuerdo a la ejecución del producto. 10.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, formatos de sesiones colectivas, Canalizaciones
11	11. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos transversales del PSPIC, de acuerdo a su competencia: canalizaciones, PAI, educación para la salud pública, gesi, accvsye, notificación de eisp y participación social. 11.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se generó cumplimiento a las actividades transversales pertinentes de acuerdo a la ejecución del producto. 11.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, formatos de sesiones colectivas, Canalizaciones.
12	12. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 12.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizaron las actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 12.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad.

### 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 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 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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS

PS\_3597\_2026\_4050BF

**NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS**

**CC: 1049018483**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA*

*PS\_3597\_2026\_4050BF*

**YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ*

*PS\_3597\_2026\_4050BF*

**MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Medellín, 21 de abril de 2026

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049018483 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 27/03/2026

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

C10723388192611137427

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 21/04/2026 10.23 AM

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

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 1049018483, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260327	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Abril de 2.026

**Observaciones:**

**Con destino a:**  
A QUIEN INTERESE

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: Lina Chat Bot

CER-AFI 32092274

**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:**

**NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.018.483**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Abril 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.

