

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY GARCIA FIGUEREDO		CC:	53010899	
CORREO ELECTRÓNICO:	jennygarciafigueredo96@gmail.com		TELÉFONO:	3123451410	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 4 SUR 19B 106		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009470460719

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4017 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.589.679
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/12 AL 2026/05/31		



JENNY GARCIA FIGUEREDO  
PS\_4017\_2026\_E63247

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JENNY GARCIA FIGUEREDO

CC: 53010899

CEL: 3123451410

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

**JENNY GARCIA FIGUEREDO**

**CON C.C N° 53.010.899**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 DE ABRIL 2025.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 4017 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/05/11</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.750.006	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>117</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 4.250.014	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.589.679
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** DOS (2) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** 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)

- | 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. REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ASÍ COMO DE TODAS AQUELLAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).  |
| 2    | 2.PARTICIPAR DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES RELACIONADAS CON LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL, PAI WEB 2.0 Y LOS DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SUBRED.   |
| 3    | 3.REALIZAR LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS Y FAMILIAS ASIGNADAS, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA POR FAMILIAS DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL, CONFORME AL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL ENFOQUE DE APS.   |
| 4    | 4.EJECUTAR LOS TAMIZAJES DEFINIDOS EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN, INCLUYENDO APGAR FAMILIAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LINEAMIENTOS DE LA OMS, APLICACIÓN DE FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y DILIGENCIAMIENTO DE PLANILLAS DE FIRMAS.  |
| 5    | 5.REALIZAR LA TOMA, ROTULACIÓN, CONSERVACIÓN Y REGISTRO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA LABORATORIO CLÍNICO (SANGRE, ORINA U OTRAS QUE CORRESPONDAN), DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y LINEAMIENTOS VIGENTES DEL SISTEMA DE SALUD. ESTA ACTIVIDAD INCLUYE LA VERIFICACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO, PREPARACIÓN DEL PACIENTE, DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS O APLICATIVOS INSTITUCIONALES, ADECUADA CADENA DE CUSTODIA DE LAS MUESTRAS Y ENTREGA OPORTUNA AL LABORATORIO O PUNTO DE PROCESAMIENTO DEFINIDO, GARANTIZANDO LA CALIDAD DEL PROCEDIMIENTO Y EL REGISTRO COMPLETO DE LA INFORMACIÓN DERIVADA DE LA ATENCIÓN. |
| 6    | 6.REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, IDENTIFICAR RIESGOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES Y EFECTUAR LA DERIVACIÓN O DIRECCIONAMIENTO OPORTUNO SEGÚN EL ANÁLISIS DE RIESGO, CURSO DE VIDA Y CONDICIÓN DE SALUD EN COHERENCIA CON EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO, CUANDO SE IDENTIFIQUE POBLACIÓN PRIORIZADA (GESTANTES, MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y CUIDADORES), DEBERÁ PROGRAMAR VISITA DE SEGUIMIENTO GARANTIZANDO LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO.   |
| 7    | 7.VERIFICAR LA FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONFORME AL ESQUEMA DE INTERVENCIONES Y ATENCIONES INDIVIDUALES ESTABLECIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE CORRESPONDE A CADA USUARIO.   |
| 8    | 8.PROGRAMAR, REALIZAR Y REGISTRAR LAS ATENCIONES EN SALUD CONFORME A LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA, LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y EL TIPO DE FAMILIA (1, 2, 3 Y 4), EN MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN DE SALUD Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES  |
|      | 9.EN CASO DE IDENTIFICAR INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA GARANTIZANDO   |

9	LA PRESENCIA DEL USUARIO Y LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO.
10	10.CONULTAR EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL APLICATIVO PAI WEB 2.0 Y, EN CASO DE IDENTIFICAR ESQUEMAS INCOMPLETOS O INCONSISTENCIAS, INFORMAR AL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN EL MISMO DÍA EN QUE SE REALICE LA IDENTIFICACIÓN, A MÁS TARDAR HASTA LAS 11:59 P. M. DE ESE MISMO DÍA.
11	11.IDENTIFICAR A LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIO Y REMITIR LA INFORMACIÓN AL EQUIPO CORRESPONDIENTE PARA LA GESTIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL, EL MISMO DÍA EN QUE SE REALICE LA IDENTIFICACIÓN, A MÁS TARDAR HASTA LAS 11:59 P. M. DE ESE MISMO DÍA.
12	12.REALIZAR CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA PROGRAMADO PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.
13	13.GARANTIZAR LA APERTURA, DILIGENCIAMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y CIERRE DE LOS APLICATIVOS Y FORMATOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS REQUERIDOS, ASEGURANDO CALIDAD, VERACIDAD, COMPLETITUD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN, Y REALIZANDO EL REGISTRO A MÁS TARDAR AL FINALIZAR EL DÍA DE LA ATENCIÓN (HASTA LAS 11:59 P. M. DEL MISMO DÍA DE LA CONSULTA O VALORACIÓN). EL INCUMPLIMIENTO DEL CARGUE OPORTUNO Y CON CALIDAD DEL DATO SERÁ OBJETO DE AUDITORÍA Y CONDICIONARÁ EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.
14	14.IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD Y/O SOCIALES Y DILIGENCIAR EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN
15	15.VERIFICAR QUE LOS USUARIOS HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, REALIZAR LA ORDEN O CANALIZACIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE LA APS EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN.
16	16.EJECUTAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, EN MODALIDAD INTRAMURAL, EXTRAMURAL Y/O ADMINISTRATIVA, DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y LA NECESIDAD DEL SERVICIO.
17	17.REALIZAR LA NOTIFICACIÓN OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, ASÍ COMO DE LOS EVENTOS DE VIOLENCIA, IDEACIÓN O INTENTO DE SUICIDIO, A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA CORRESPONDIENTES (SIVIGILA, SIVIM O SISVECOS), SEGÚN APLIQUE, GARANTIZANDO SU REGISTRO A MÁS TARDAR AL FINALIZAR EL DÍA EN QUE SE REALICE LA ATENCIÓN, ES DECIR, HASTA LAS 11:59 P. M. DEL MISMO DÍA DE LA CONSULTA O VALORACIÓN.
18	18.EN CASO DE PRESENTARSE UNA EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS, ASISTIR AL USUARIO Y/O ACTIVAR LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS 123, ARTICULARSE CON EL CRUE PARA LA REMISIÓN A LA IPS CORRESPONDIENTE, REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO HASTA LA LLEGADA DEL EQUIPO DE RESPUESTA Y REGISTRAR LA EVOLUCIÓN HORA A HORA CONFORME A LAS INDICACIONES RECIBIDAS.
19	19.ASISTIR DE MANERA OBLIGATORIA Y OPORTUNA A COMITÉS SEMANALES O MENSUALES, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS, DEJANDO CONSTANCIA Y SOPORTES DE PARTICIPACIÓN
20	20.PLANEAR Y/O DESARROLLAR CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES O INTERVENCIONES TÉCNICAS CUANDO LA ENTIDAD LO REQUIERA, CONFORME A SU PERFIL, SIN QUE ELLO GENERE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO ADICIONAL
21	21.APOYAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES EN EL TERRITORIO, PROMOVRIENDO LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y EL TRABAJO COLABORATIVO.
22	22.EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA SERÁ RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO DE LAS CUENTAS DE COBRO, ASÍ COMO DE LA SUSCRIPCIÓN, FIRMA Y GESTIÓN DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DEFINIDOS, DARÁ LUGAR A LA NO CAUSACIÓN Y, POR ENDE, AL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA CONTRACTUAL VIGENTE.
23	23.BRINDAR APOYO ADMINISTRATIVO A LOS PROCESOS DE AGENDAMIENTO DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y CONTRACTUALES, GARANTIZANDO LA VERACIDAD, COHERENCIA Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LOS APLICATIVOS Y FORMATOS CORRESPONDIENTES, ACTIVIDAD SUJETA A VERIFICACIÓN, AL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA Y AL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD.
24	24.RECIBIR, CUSTODIAR, UTILIZAR Y RESPONDER POR EL ADECUADO MANEJO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y DEMÁS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, GARANTIZANDO SU CONSERVACIÓN, USO CONFORME Y DEVOLUCIÓN EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
25	25.GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD Y PRESENTACIÓN DE LOS INSUMOS, EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO Y DEMÁS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS, PARA SU REVISIÓN, CONTROL, CALIBRACIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO, DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD SEMANAL O MENSUAL DEFINIDA POR LA ENTIDAD, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES.
26	26.RESPONDER POR LA PÉRDIDA, DAÑO, NO RESTITUCIÓN O ENTREGA EXTEMPORÁNEA DE LOS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS RECONOCIENDO SU CARÁCTER DE BIENES PÚBLICOS, Y ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, DISCIPLINARIAS, FISCALES Y LEGALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE.

27	27.GARANTIZAR EL USO ADECUADO, RESERVADO Y CONFIDENCIAL DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS PARA LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES, ABSTENIÉNDOSE DE COMPARTIRLOS CON TERCEROS Y ENTREGÁNDOLOS AL FINALIZAR EL CONTRATO.
28	28.DILIGENCIAR Y ENTREGAR OPORTUNAMENTE LOS FORMATOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS, SOPORTES DE ACTIVIDADES, INFORMES, CERTIFICACIONES, ACTAS Y COMPROBANTES DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
29	29.BRINDAR SOPORTE ADMINISTRATIVO A LA SUPERVISIÓN O COORDINACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 711 DE 24 ABRIL 2025, CUANDO SE PRESENTEN REQUERIMIENTOS, SOLICITUDES DE INFORMACIÓN O ACTUACIONES POR PARTE DE LOS ENTES DE CONTROL, OTRAS DEPENDENCIAS DE LA SUBRED, LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD O EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASÍ COMO FRENTE A QUEJAS, RECLAMOS, SOLICITUDES O DERECHOS DE PETICIÓN PRESENTADOS POR LOS USUARIOS, GARANTIZANDO LA ELABORACIÓN, ORGANIZACIÓN, ENTREGA Y REGISTRO OPORTUNO DE LOS SOPORTES REQUERIDOS, REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENMARCADAS EN EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN.
30	30.TODAS LAS ACTIVIDADES AQUÍ DESCRITAS DEBERÁN EJECUTARSE EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, OPERATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES, Y ESTARÁN SUJETAS AL CUMPLIMIENTO DE LA META ASIGNADA, AL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y A LOS PROCESOS DE VERIFICACIÓN Y AUDITORÍA.
31	31.DEBERÁ REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CONFORME A LA RESOLUCIÓN 00000711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025 Y AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ACTIVIDADES QUE SERÁN OBJETO DE VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.

### 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 (2026-05-12) AL (2026-05-31)

### 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:	COLFONDOS		\$ 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**



*JENNY GARCIA FIGUERO*

*PS\_4017\_2026\_E63247*

**JENNY GARCIA FIGUERO**

**CC: 53010899**

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



*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*

*PS\_4017\_2026\_E63247*

**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

BOGOTA, Mayo 28 de 2026

Señora:

GARCIA FIGUEREDO JENNY

CC. 53010899CL 93 SUR N 95 92 CNJ LA ALEGRIA IV BOSA - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 20 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
GARCIA FIGUEREDO JENNY	53010899	C	Jun-20-2012	240	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CANTOR GARCIA ROBERT ANDRES	1013134714	T	Jun-20-2012	240	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CANTOR GARCIA NICOLAS SANTIAGO	1013148295	T	Abr-11-2015	240	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
ASISTIR SALUD LTDA	53010899	Dependiente	CERRADO
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A	53010899	Dependiente	CERRADO
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independiente	CERRADO
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independiente	CERRADO
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independiente	CERRADO
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independiente	VIGENTE
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
JENNY GARCIA FIGUEREDO	53010899	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	53010899	Dependiente	CERRADO
TEMPORAL S A S	53010899	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	53010899	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	53010899	Dependiente	CERRADO

### CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total 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. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

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, 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.

## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

### CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JENNY GARCIA FIGUEREDO con identificación No. 53.010.899 se encuentra afiliado(a) a Pension Obligatoria desde el día 01 de diciembre del 2019

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 28 de mayo del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Medellin, 28 de mayo de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **JENNY GARCIA FIGUERO** con documento de identidad **C53010899**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE** con NIT **N900959051**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-09-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	000000001	3	2.436	MORA

- **Medellín** 604 4444578
- **Bogotá** 601 4055911
- **Cali** 602 3808938
- **Pereira** 606 3138400

- **Manizales** 606 8811280
- **Bucaramanga** 607 6917938
- **Cartagena** 605 6424938
- **Barranquilla** 605 3197938

- **Líneas de atención** 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- **Línea de conciliación** ARL 3103157562
- **sura.co/arl**



## CERTIFICADO

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

**28/05/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JENNY GARCIA FIGUEREDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **53010899**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

Número **0570009470460719**  
Fecha de apertura **01/12/2006**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA