

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	INGRID MARITZA MUÑOZ MELENGE			CC:	52543766
CORREO ELECTRÓNICO:	marit_m.m@hotmail.com			TELÉFONO:	3132294275
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53 A 35 77			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	043170182
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4043 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.518.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/14 AL 2026/05/31				
 INGRID MARITZA MUÑOZ MELENGE PS_4043_2026_77AB56 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: INGRID MARITZA MUÑOZ MELENGE CC: 52543766 CEL: 3132294275					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
INGRID MARITZA MUÑOZ MELENGE

CON C.C N°52.543.766

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.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4043 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/12
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$1.568.600	No. HORAS EJECUTADAS	120
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$4.351.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$1.518.000
--	-------------	---	-------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

ITEM	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)
1	UTILIZAR LAS MEDIDAS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
2	REALIZAR EL ALISTAMIENTO DE LOS BIOLÓGICOS, INSUMOS Y ELEMENTOS, PARA EL PROCESO DE VACUNACIÓN DIARIA
3	EXPLICAR EL PROCESO DE APLICACIÓN DEL BIOLOGICO AL USUARIO Y DAR RECOMENDACIONES EN LOS CUIDADOS POST VACUNALES.
4	REALIZAR LA APLICACIÓN DEL BIOLÓGICO CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE VACUNACIÓN SEGURA
5	REITERAR AL USUARIO SU PERMANENCIA EN LA SALA DE ESPERA EL TIEMPO QUE SE LE INDIQUE SEGÚN EL BIOLÓGICO
6	REALIZAR MONITOREO DE TEMPERATURA DE LOS BIOLÓGICOS
7	MANTENER EL MOVIMIENTO DE BIOLÓGICO ACTUALIZADO
8	CUMPLIR CON EL CRONOGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS NEVERAS, TERMOS, CAVAS ENTRE OTROS
9	EN LA SEGUNDA DOSIS DE VACUNA (SI APLICA), INDAGAR AL USUARIO SI PRESENTO ALGÚN ESAVI. SI CUMPLE CON CRITERIOS DE ESAVI-GRAVE NOTIFICAR SEGÚN EL PROTOCOLO NACIONAL DE ESAVI-298 DEL INS
10	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR
11	LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR.

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 (2026-05-14) 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:	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	 INGRID MARITZA MUÑOZ MELENGE PS_4043_2026_77AB56 INGRID MARITZA MUÑOZ MELENGE CC: 52543766		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_4043_2026_77AB56 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Bogotá, Abril / 11 de 2026



Señor (a): INGRID MARITZA MUÑOZ MELENGE
CC. 52543766
CL 53 A N 35 65 SUR
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 Octubre / 7 de 2013, 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.

**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:

INGRID MARITZA MUÑOZ MELENGE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.543.766**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Abril 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

1. NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

52543766

2. TIPO DE DOCUMENTO

3. Numero de Documento

INGRID

MARITZA

MUÑOZ

MELENGE

4. Primer Nombre

5. Segundo Nombre

6. Primer Apellido

7. Segundo Apellido

9/12/1980

BOGOTA DC

CL 53 A 35 77

8. Fecha de .Nacimiento

9. Ciudad de Residencia

10. Dirección de Residencia

SALUD TOTAL

PORVENIR

11. EPS - Salud

12. AFP - Pensiones

AUXILIAR DE ENFERMERIA

marit.m.m@hotmail.com

3132294275

13. Perfil/ Profesión

14. Correo Electrónico

15. Celular

Maritza Muñoz Meberge

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@subredcentrooriente.gov.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.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que INGRID MARITZA MUNOZ MELENGE, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.543.766 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 043170182, abierta/o desde el 2/12/2025.

Se expide en Bogotá el día 11 del mes de Abril del año 2026 con destino a: a quien le corresponda



Firma Autorizada

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141245643441	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 5 4 3 7 6 6				6. DV 2	
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá				14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 5 2 5 4 3 7 6 6	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido MUÑOZ		32. Segundo apellido MELENGE		33. Primer nombre INGRID	
34. Otros nombres MARITZA					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cundinamarca		40. Ciudad/Municipio Soacha	
41. Dirección principal CL 1 5 42 TO 5 CA 132 BRR BOSQUES DE ZAPAN					
42. Correo electrónico marit_m.m@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 3 2 2 9 4 2 7 5		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad secundaria		Ocupación	
46. Código 8 6 9 9		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2, 1 1, 0 1		48. Código	
49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo 58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2026-04-30 / 12:11:44PM	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre MUÑOZ MELENGE INGRID MARITZA					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					