

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN NATHALIA CABALLERO VILLEGAS			CC:	1099343333
CORREO ELECTRÓNICO:	knathaliacaballero@gmail.com			TELÉFONO:	3115356895
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 101A 14 05			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488414847373
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4284 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.000.080	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/06/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 KAREN NATHALIA CABALLERO VILLEGAS PS_4284_2026_31F7F2 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN NATHALIA CABALLERO VILLEGAS CC: 1099343333 CEL: 3115356895					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
KAREN NATHALIA CABALLERO VILLEGAS

CON C.C N° 1.099.343.333

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR A COMUNITARIO 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 SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4284 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/06/11
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.333.387	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.333.467	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.000.080
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	1. REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), LA RESOLUCIÓN 1018 DE 2025, EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS 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) EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN.
2	2.ASISTIR DE MANERA OPORTUNA Y ACTIVA A COMITÉS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD O LA COORDINACIÓN DEL EQUIPO, DEJANDO CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN.
3	3.PARTICIPAR OBLIGATORIAMENTE EN LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN RELACIONADOS CON LA RESOLUCIÓN 1018 DE 2025, EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y LA ESTRATEGIA DE APS, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES.3.ASISTIR DE MANERA OPORTUNA Y ACTIVA A COMITÉS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD O LA COORDINACIÓN DEL EQUIPO, DEJANDO CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN
4	4. INFORMAR Y ORIENTAR A LA COMUNIDAD SOBRE LAS ACCIONES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD, RUTAS DE ATENCIÓN, DERECHOS Y DEBERES EN SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, UTILIZANDO LOS MEDIOS INSTITUCIONALES AUTORIZADOS.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9507902462	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/07/01	\$ 138.612
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/01	\$ 177.423
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/01	\$ 27.012
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 343.047
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 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 NATHALIA CABALLERO VILLEGAS PS_4284_2026_31F7F2 KAREN NATHALIA CABALLERO VILLEGAS CC: 1099343333		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4284_2026_31F7F2 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Cargado por	
☐	PS_4284_2026_CUENTA COBRO JUNIO.pdf	PS_4284_2026_CUENTA COBRO JUNIO.pdf	Proveedor

Descargar

Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Karen Nathalia Caballero Villegas, identificado(a) con CC número 1099343333, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1099343333
NOMBRES Y APELLIDOS	Karen Nathalia Caballero Villegas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	26/06/1997
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	5 Tiene Derecho A Urgencias
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	15 - Proteccion Laboral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	18/11/2015
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	29/08/2025
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	176 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	40 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	18/11/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 890800718 CASA LUKER S A Desde 11/05/2022 Hasta 29/07/2025