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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS**			**CC:**	**1000626906**
CORREO ELECTRÓNICO:	**m.julianarodriguezv@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3108663129**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 32A SUR 13 24**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570488473653084**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4645 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.784.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/08/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/04 AL 2026/08/31**				

MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS
PS_4645_2026_B83F11

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS
CC: 1000626906
CEL: 3108663129

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS			
	CON C.C N°	**1.000.626.906**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4645 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/08/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.335.040	**No. HORAS EJECUTADAS**	**166**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.335.040	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.784.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y UN (01) DIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 Actividades desarrolladas: Presté mis servicios de manera oportuna y con calidad en el desarrollo de mis actividades contractuales realizando posicionamiento del modelo Territorial de salud MAS Bienestar en los diferentes espacios tanto sectoriales, interlocales, y comunitarios. De igual manera, gestioné y me articulé con diferentes actores locales y comunitarios para garantizar la sostenibilidad de las acciones de los EMBH en los diferentes sectores catastrales indicados y en las zonas con dinámicas especiales priorizadas. 1.2 Productos (evidencia): Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros, actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo, actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos), actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías.
2	Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2. 1 Actividades desarrolladas: Realice entrega y presentación del cronograma de actividades que desarrollé durante el mes, así como la presentación del informe correspondiente a las acciones de gestión y ejecución realizada durante el mes. 2.2 Productos (evidencia): Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial, documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución.
3	Obligación 3: VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SDS VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE LOS MISMOS. 3.1 Actividades desarrolladas: Verifiqué y entregué los productos, soportes, actas, informes, matrices conforme a los anexos y lineamientos dispuestos, garantizando calidad y veracidad en los mismos. 3.2 Productos(evidencia): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías 3 Informe de gestión de veeduría a los EMBH
	Obligación 4. DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SDS A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS. 4.1 Actividades desarrolladas: Di respuesta a las contingencias generadas por SDS de manera oportuna para su ejecución. 4.2 Productos (evidencias): Actas de asistencia y participación en las acciones indicadas por SDS para dar respuesta a las contingencias generadas

4	durante el mes
5	Obligación 5. PARTICIPAR Y/O REALIZAR INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas: Participé en el espacio de reinducción al talento humano convocado por los líderes de EMBH. 5.2 Productos (evidencias): Firma del acta de asistencia
6	Obligación 6: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y INEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 6.1 Actividades desarrolladas: Realicé revisión, verificación, alistamiento y entrega de cada uno de los formatos, documentos, bases e informes generados como resultado de las acciones e intervenciones realizadas durante el mes dando cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos garantizando la calidad en cada uno de estos entregables. 6.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realiza realizados a las veedurías. Informe de gestión de veeduría a los EMBH.
7	Obligación 7: VERIFICAR Y HACER LA NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL CONVENIO. 7.1 Actividades desarrolladas: Realicé oportunamente las notificaciones y eventos de interés en salud pública identificados en las acciones desarrolladas durante el mes. 7.2 productos (evidencias): envío de notificaciones y canalizaciones según las necesidades identificadas en el territorio.
8	Obligación 8: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 8.1 Actividades desarrolladas: Asistí y participé en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados a mi perfil. 8.2 productos (evidencias): Firma de acta de la asistencia técnica del mes.
9	Obligación 9: APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 Actividades desarrolladas: Participé y apoyé en el proceso de organización y gestión documental. 9.2 Productos (evidencias): Firma de acta de asistencia y apoyo a la organización del archivo documental
10	Obligación 10: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 10.1 Actividades desarrolladas: Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato. 10.2 Productos (evidencia): Consolidación de base de datos de líderes locales. Actualización de directorio de organizaciones de base comunitaria. Acta de socialización y planes de acción para el fortalecimiento de zonas con dinámicas especiales.
11	Obligación 11: ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA. 11.1 Actividades desarrolladas: Realice entrega oportuna y con calidad de los productos sujetos a proceso de auditoría. 11.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías. Informe de gestión de veeduría a los EMBH.
12	Obligación 12: REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA. 12.1 Actividades desarrolladas: Realicé los informes de gestión que están sujetos a proceso de auditoría. 12.2 Productos (evidencia): Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Informe de gestión de veeduría a los EMBH
	Obligación 13: SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 13.1 Actividades desarrolladas: Supervisé el cumplimiento de las actividades propuestas en el marco del cumplimiento operativo del convenio MAS BIENESTER EN TU HOGAR.

13	13.2 Productos (evidencia): Actas de las reuniones de planeación y acompañamiento en la ejecución de las actividades en sectores catastrales priorizados
14	Obligación 14: ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SDS Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 Actividades desarrolladas: Asistí y participé oportuna y activamente en las reuniones y comités citados por la SDS y el convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.2 Productos (evidencias): Firmas de actas de asistencia a reuniones y comités programados
15	Obligación 15: PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO. 15.1 Actividades desarrolladas: Participé en los espacios de fortalecimiento técnico programados en el mes, mediante la socialización al talento humano del portafolio de servicios en prescripción social ofertado en las áreas de gestión territorial. 15.2 Productos (evidencias): Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social
16	Obligación 16: REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO, REALIZANDO LA CERTIFICACIÓN DE LAS HORAS MENSUAL. 16.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé las actividades en campo y acompañamientos de acuerdo a lo estipulado según mis obligaciones contractuales. 16.2 Productos (evidencia): Actas de acompañamiento en la ejecución de las actividades en sectores catastrales priorizados
17	Obligación 17: REALIZAR LOS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS APLICATIVOS DISPUESTOS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 17.1 Actividades desarrolladas: Registré las actividades realizadas en las matrices y bases de datos de manera permanente en el directorio de actores y organizaciones comunitarias para fortalecer los procesos de gestión territorial. 17.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Directorio de veedores comunitarios a cargo
18	Obligación 18: ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE. 18.1 Actividades desarrolladas: Hice entrega oportuna de la documentación solicitada relacionada con los productos entregables del mes. 18.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías. Informe de gestión de veeduría a los EMBH.
19	Obligación 19: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1 Actividades desarrolladas: Di cumplimiento a cada una de las responsabilidades y obligaciones según mi perfil y lo establecido en los anexos técnicos, lineamientos y documento operativo. 19.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías. Informe de gestión de veeduría a los EMBH.

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 (2026-08-04) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		$ 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 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	*MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS* *PS_4645_2026_B83F11* **MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS** **CC: 1000626906**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4645_2026_B83F11* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_4645_2026_B83F11* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1000626906** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000626906
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	19/06/2026
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **04/08/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Medellín, 04 de agosto de 2026

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

CERTIFICA:

Que MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1000626906 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2026 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2026

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, FONOAUDIOLOGÍA, 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, FONOAUDIOLOGÍA, 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, FONOAUDIOLOGÍA, 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 / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C12334890822621632075

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 04/08/2026 8.54 AM

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:

MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.626.906**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Agosto 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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141257762681

(415)7707212489984(8020) 000014125776268 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 0 6 2 6 9 0 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 0 6 2 6 9 0 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	VARGAS	MARIA	JULIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 32 A Sur # 13 - 24

42. Correo electrónico: m.julianarodriguezv@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 8 6 6 3 1 2 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 2 6 0 4 0 9					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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
4	9																								

53. Código

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
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
54. Código																						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 2026-06-18 / 08:10:21PM

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 RODRIGUEZ VARGAS MARIA JULIANA

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS

C.C. 1000626906

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 4 de agosto de 2026

Luis Fernando Joya Joya
C.C. 74.323.870
Director Operativo Gestión Del Talento Humano

1199155497MR

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ