E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS
De Corazón con la Salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CAMU LOS CORDOBAS
NIT: 812.003.998-1
*De corazón con la salud*

| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | Shirly Salas |
| **NUMERO DE CONTRATO** | |
| **VIGENCIA DEL CONTRATO** | |

| Nº | DESCRIPCION | VERIFICADO |
|---|---|---|
| 1 | CERTIFICADO DE TALENTO HUMANO | |
| 2 | ESTUDIOS PREVIOS | |
| 3 | SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | ✓ |
| 4 | CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | ✓ |
| 5 | INVITACION A PRESENTAR LA PROPUESTA | |
| 6 | PROPUESTA | |
| 7 | ACTA DE RECEPCION Y/O ACEPTACION DE PROPUESTA | |
| | | |
| 8 | HOJA DE VIDA (FORMATO SIGEP II) | ✓ |
| 9 | COPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA | |
| 10 | SOPORTES DE ESTUDIOS | ✓ |
| 11 | CONSTANCIA DE REGISTRO ANTE EL RETHUS. | ✓ |
| 12 | CERTIFICADO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | ✓ |
| 13 | CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO. | ✓ |
| 14 | CERIFICADO DE ATENCION A PACIENTES VICTIMAS EN ATAQUES DE AGENTES QUIMICOS | ✓ |
| 15 | CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD. | ✓ |
| 16 | CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES | ✓ |
| 17 | CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN DE ATENCIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. | |
| 18 | CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN EN GESTIÓN DEL DUELO. | ✓ |
| 19 | CERTIFICADO SIMIT | ✓ |
| 20 | CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL | ✓ |
| 21 | TARJETA PROFESIONAL | ✓ |
| 22 | RUT ACTUALIZADO 2024 | ✓ |
| 23 | CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES FISCALES (CONTRALORÍA) | ✓ |
| 24 | CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS (PROCURADURÍA) | ✓ |
| 25 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES (POLICÍA NACIONAL) | ✓ |
| 26 | CERTIFICADO DE MEDIDAS CORRECTIVAS (POLICÍA NACIONAL) | ✓ |
| 27 | CERTIFICADO DE REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) | ✓ |
| 28 | FORMATO DE BIENES Y RENTAS (NO SE ACEPTAN FORMATOS DILIGENCIADOS MANUALMENTE). | ✓ |
| 29 | DECLARACION DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS | ✓ |
| 30 | CERTIFICADO DE EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL | ✓ |
| 31 | CERTIFICADO DE AFILIACIONES SALUD, PENSIÓN Y ARL | ✓ |
| 32 | CERTIFICACIÓN BANCARIA | ✓ |
| | | |
| 33 | CERTIFICADO DE IDONEIDAD | ✓ |
| 34 | CONTRATO | ✓ |
| 35 | REGISTRO PRESUPUESTAL | ✓ |
| 36 | ACTA DE INICIO | ✓ |
| 37 | ACTA FINAL | |

**EL SUSCRITO JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS - DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA**

**HACE CONSTAR:**

Que una vez recibida y revisada la hoja de vida con sus anexos se da veracidad de los documentos motivo por el cual se procederá a realizar el proceso de contratación para desarrollar las actividades de: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA EN EL MARCO DE DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO LOS CORDOBAS**

Para constancia de lo anterior se firma la presente certificación en Los Córdobas el día Primero (09) de mayo de 2025.

**ELIZABETH MORELO VEGA**
JEFE DE TALENTO HUMANO
ESE CAMU DE LOS CÓRDOBAS

## INVITACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA

Los Córdobas, 05 de mayo 2025

Señor (a) (es)
SHIRLY SOL SALAS NAVARRO
Municipio de Los Cordobas

**REF:** Invitación a ofertar sus servicios.

El suscrito gerente de la **E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS** Con fundamento en la Ley 80 de 1993, 195 de la Ley 100 de 1993 y su Decreto Reglamentario 1876 de 1994 y el Decretos reglamentario 1082 de 2015, me dirijo a Usted con el propósito de invitar a que presente Oferta a la **E.S.E CAMU LOS CÓRDOBAS,** de conformidad con las especificaciones dadas, para el desarrollo del objeto contractual que a continuación se expresa:

1. **OBJETO:** PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES – PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS

2. **PRESUPUESTO OFICIAL ESTIMADO Y FINANCIACIÓN**:

El presupuesto oficial estimado para la ejecución del contrato asciende a la suma de NUEVE MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL PESOS ($ 9.612.000) para la vigencia 2025 y se financiará de conformidad con la imputación presupuestal contenida en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal respectivo. El valor total de la oferta no podrá exceder el valor total del presupuesto oficial estimado, de lo contrario, la oferta será rechazada.

**3. DOCUMENTOS INTEGRANTES DE LA PROPUESTA**
Debe integrar a la propuesta los siguientes documentos:

- Propuesta acorde a las obligaciones, plazo y valor descritas en la invitación.
- hoja de vida formato SIGEP II. diligenciada y descargada de la página SIGEPII. (no se aceptan hojas de vida diligenciadas manualmente).
- Copia de la cedula de ciudadanía (clara y legible).
- Rut actualizado. (claro y legible).
- Diplomas o actas de grado de los títulos obtenidos, los cuales deben estar relacionados en la parte de formación académica de la hoja de vida SIGEPII.
- tarjeta profesional (para el caso de profesionales administrativos y asistenciales)
- Certificados de experiencia laboral, los cuales deben estar relacionados en la parte de experiencia laboral hoja de vida SIGEPII.
- Formato de bienes y rentas diligenciado y descargado de la página web SIGEPII (no se aceptan formatos diligenciados manualmente).
- Certificados de antecedentes disciplinarios y fiscales (Procuraduría, Contraloría).

- Certificado de antecedentes judiciales (Policía Nacional)
- Certificado de medidas correctivas (Policía Nacional)
- Certificado de afiliaciones salud y pensión o planilla cancelada del mes anterior.
- Certificado de examen de salud ocupacional
- Certificación bancaria
- Constancia de registro ante el RETHUS.
- Certificado de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual
- Certificado de capacitación en soporte vital básico avanzado
- Certificado de capacitación humanización en los servicios de la salud.
- Certificado de atención a pacientes victimas en ataques de agentes químicos
- Certificado de capacitación en atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).
- Certificado de capacitación de atención en seguridad del paciente.
- Certificado de capacitación en gestión del duelo.

**4. FECHA DE ENTREGA DE LA OFERTA:** La propuesta deberá ser entregada a la **E.S.E CAMU LOS CORDOBAS**, dentro de los dos (2) días siguientes al recibido de la presente Invitación.

**5. PLAZO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTADO:** CUATRO (04) MESES Y QUINCE (15) DÍAS.

**6. LUGAR DE EJECUCIÓN:** Instalaciones de la **E.S.E CAMU LOS CORDOBAS**.

**7. COMPROMISOS U OBLIGACIONES CONTRACTUALES.**

**OBLIGACIONES GENERALES:**

***1.*** Realizar las actividades que se deriven del objeto del contrato, es decir, ejecutar idónea y oportunamente el objeto de la orden de prestación de servicios, una vez se haya legalizado la misma. Para este efecto, el contratista deberá prestar sus servicios de acuerdo con las normas propias de su profesión o actividad y asistir y acompañar directa y personalmente a la EMPRESA cuando esta lo requiera a fin de garantizar el efectivo cumplimiento del servicio, para lo cual se podrá utilizar los medios de correo electrónico, teléfono fijo, celular, video-llamada, fax y cualquier otro medio electrónico y de comunicación. ***2.*** Actuar con suma diligencia, responsabilidad e idoneidad en la ejecución de las actividades contratadas. ***3***. Presentar un informe detallado de la labor contratada al supervisor de la orden de prestación de servicios, aportar registro fotográfico (según lo especificado en cada una de las actividades) de cada una de las actividades del componente en cada cuenta de cobro o con la periodicidad que el supervisor lo requiera, y un informe consolidado final, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la supervisión de la orden de prestación de servicios. Para tal efecto, la EMPRESA se reserva el derecho de exigir la ampliación de la información presentada por éste y se supeditará cada uno de los pagos a su presentación. ***4.*** Pagar mensualmente la seguridad social y acreditarla durante la vigencia del contrato, de acuerdo a los lineamientos fijados por la E.S.E. Para este efecto, mensualmente y acompañando cada pago los recibos de pago de aportes al sistema de seguridad social integral. Para este efecto, deberá cumplir con la afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral previsto en la Ley 100 de 1993 y demás normas pertinentes

en materia de salud y pensiones, de conformidad con lo establecido en artículo 282 de la ley 100 de 1993, modificado por el 114 del decreto 2150 de 1995; artículo 23 del decreto 1703 de 2002, artículo 4 de la ley 797 de 2003, artículo 18 ley 1122 de 2007, artículo 135 ley 1753 de 2015 y afiliación a riesgos profesionales de conformidad con el Decreto 0723 de 2013. ***5.*** Coordinar con el Supervisor de la orden de prestación de servicios, si así fuere necesario el cronograma para la ejecución de las actividades.***6.*** Dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes, efectuando el pago oportuno de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales o en su defecto prestar declaración juramentada en la que haga constar la no obligatoriedad de responder por este requerimiento, si a ello hubiere lugar. ***7***. Atender con respeto y buen trato a las personas a quienes preste el servicio. ***8***. Responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del coordinador, administrador, Contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en la orden de prestación de servicios. ***9.*** Coadyuvar a proyectar respuestas a los derechos de petición, observaciones y de más requerimientos que le sean encomendados en materia de la ejecución de la orden. Así mismo, coadyuvar a proyectar las respuestas para los organismos estatales de control que en materia de la ejecución de la orden de prestación de servicios sean requeridos. (Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Contraloría Departamental, etc.). ***10.*** Respetar las normas y reglamentos de la EMPRESA. **11.** Guardar la reserva profesional y el respeto por la labor encomendada y sobre toda la información, políticas, procedimientos u operaciones que le sean dadas a conocer por la EMPRESA, para el desarrollo del objeto de la orden de prestación de servicios. ***12.*** Comunicar de manera inmediata al supervisor de la orden de prestación de servicios, cualquier irregularidad o anomalía que se presente durante el desarrollo de sus obligaciones. ***13.*** Atender cualquier solicitud que, con relación al desarrollo del objeto contractual, efectúe el gerente de la EMPRESA. ***14.*** Devolver a la EMPRESA todos los documentos que éste le haya facilitado para la prestación de sus servicios, en la medida en que su consulta ya no resulte necesaria en la ejecución del objeto convenido. Esta obligación también deberá cumplirse una vez se haya terminado de ejecutar la orden de prestación de servicios. ***15***. Tomar las precauciones necesarias para garantizar la confidencialidad de la información que la EMPRESA le proporcione, de las cuales en ningún caso serán menores a aquellas tomadas para mantener sus propios asuntos y negocios importantes en reserva, cuando la naturaleza de éstos así lo exija, absteniéndose en lo sucesivo de efectuar para sí o para terceros, arreglos, reproducciones, adaptaciones o cualquier otra clase de mutilación de la información que llegue a su conocimiento con ocasión de la ejecución del objeto contractual. ***16***. Las demás actividades que sean asignadas por escrito, por parte de la supervisión de la orden o el contratante, relacionadas con la naturaleza de la orden de prestación de servicios y que estén encaminadas al correcto desarrollo del objeto contractual.

1. **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:** Son obligaciones específicas del contratista: Realizar visitas domiciliarias acorde a las actividades propuestas para presentar al coordinador del plan de intervenciones colectivas departamental 2025.

2. Desarrollar las acciones e intervenciones relacionadas con el rol y las concertadas con los demás integrantes del equipo para la atención integral en salud de las gestantes, las niñas, niños y adolescentes y comunidad de acogida, en coordinación permanente con los demás integrantes del equipo de acuerdo con la "Los lineamientos del PIC DPTAL 2025".
3. Realizar el acompañamiento en los territorios priorizados a las acciones de los procesos de Planeación Integral en Salud, según directrices del Ministerio de salud y Protección Social; e igualmente apoyar según asignación, las iniciativas gubernamentales relacionadas con PIC DPTAL 2025.
4. Identificar de los actores clave comunitarios sociales, las gestantes y las familias y la caracterización y cualificación de los actores de cada territorio (institucionales, comunitarios, gestantes y familias) de acuerdo con las directrices técnicas, operativas y pedagógicas, priorizando las necesidades de capacidades a desarrollar y en articulación con el equipo.
5. Realizar el proceso de la conformación y fortalecimiento de redes comunitarias para la promoción del cuidado de las gestantes, niñas, niños y adolescentes, demás cursos de vida.
6. Realizar gestión intersectorial de articulación y apoyo a nivel territorial que permitan la ejecución e interventoría de las intervenciones individuales contratadas con las ESE en el marco del plan de intervenciones colectivas 2025.
7. Realizar el seguimiento a la población sujeto del proyecto de manera que se garantice la entrega efectiva de intervenciones individuales y colectivas a través de mecanismos de demanda inducida y de seguimiento a las atenciones en los medios que se definan en el marco del PIC DPTAL 2025, recolectar de información para apoyar la sistematización del proceso.
8. Participar en las reuniones técnicas de seguimiento a las cuales haya lugar, cuyas instancias contribuyan a la implementación eficiente y pertinente del PIC DPTAL 2025.
9. Hacer los respectivos acompañamientos a los profesionales, (Médicos, Enfermeras Profesionales y Psicólogas).
10. Recoger listados de asistencias y tomar las respectivas evidencias fotográficas y demás que se requieran.
11. Organizar en al territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, se debe brindar educación sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.
12. Diligenciar formulario de caracterización de las familias, los integrantes de las familias y los entornos, establecido por el Ministerio de Salud, de acuerdo a las indicaciones del supervisor
13. Organizar en al territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice

de masa corporal (IMC) y test de Snellen, se debe brindar educación sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.

**14.** Las demás que sean asignada por el supervisor del contrato.

**8. FORMA DE PAGO PLANTEADA:** El contratante pagara al contratista de la siguiente manera: Así: : **a) CUATRO (04) PAGOS** mensuales iguales equivalentes a la suma de**, DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL PESOS ($ 2.136.000),** y **b) UN PAGO FINAL**: por valor de: **UN MILLON SECENTA Y OCHO MIL PESOS ($1.068.000),** previa presentación del informe mensual de ejecución de actividades, acompañado certificado de cumplido a satisfacción expedido por el supervisor del contrato con sus respectivos soportes, la acreditación de los pagos que en materia de salarios y seguridad social deberá efectuar el contratista. Derivado de los pagos que el primero realice a la E.S.E.

Atentamente,

**JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ.**
GERENTE E.S.E CAMU LOS CORDOBAS.

# PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS

Los Córdobas, 07 mayo de 2025.

Señor:
**JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ.**
Gerente- E.S.E Camu Los Córdobas.
Municipio De Los Córdobas.

**ASUNTO:** Presentación de oferta de prestación de servicios.

Atentamente me permito manifestarle mi interés en ser contratado por la **E.S.E CAMU LOS CÓRDOBAS**, y en atención a ello me permito presentarle la propuesta por usted solicitada, con el objetivo de gestionar o desarrollar a las actividades relacionados a continuación:

**1. OBJETO:** PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES – PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS

**2. VALOR DE LA PROPUESTA:** El valor de la presente propuesta es la suma de: NUEVE MILLONES SEICIENTOS DOCE MIL PESOS ($ 9.612.000).

**3. PLAZO DE EJECUCION PRESUPUESTADO:** La duración del contrato a celebrar será por el término de CUATRO (04) MESES Y QUINCE (15) DÍAS, contados a partir de la firma del acta de inicio.

**4. FORMA DE PAGO PLANTEADA:** El valor del del contrato a celebrarse podrá ser pagado así: El contratante pagara al contratista de la siguiente manera: Así: : **a) CUATRO (04) PAGOS** mensuales iguales equivalentes a la suma de, **DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL PESOS ($ 2.136.000),** y **b) UN PAGO FINAL**: por valor de: **UN MILLON SECENTA Y OCHO MIL PESOS ($1.068.000),** previa presentación del informe mensual de ejecución de actividades, acompañado certificado de cumplido a satisfacción expedido por el supervisor del contrato con sus respectivos soportes, la acreditación de los pagos que en materia de salarios y seguridad social deberá efectuar el contratista. Derivado de los pagos que el primero realice a la E.S.E.

**5. COMPROMISOS U OBLIGACIONES GENERALES DEL PROPONENTE - CONTRATISTA:**

*1.* Realizar las actividades que se deriven del objeto del contrato, es decir, ejecutar idónea y oportunamente el objeto de la orden de prestación de servicios, una vez se haya legalizado la misma. Para este efecto, el contratista deberá prestar sus servicios de acuerdo con las normas propias de su profesión o actividad y asistir y acompañar directa y personalmente a la EMPRESA cuando esta lo requiera a fin de garantizar el efectivo cumplimiento del servicio, para lo cual se podrá utilizar los medios de correo electrónico, teléfono fijo, celular, video-llamada, fax y cualquier otro medio electrónico y de comunicación. *2.* Actuar con suma diligencia, responsabilidad e idoneidad en la ejecución de las actividades contratadas. *3.* Presentar un informe detallado de la labor contratada al supervisor de la orden de prestación de servicios, aportar registro fotográfico (según lo especificado en cada una de las actividades) de cada una de las actividades del componente en cada cuenta de cobro o con la periodicidad que el supervisor lo requiera, y

# PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS

un informe consolidado final, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la supervisión de la orden de prestación de servicios. Para tal efecto, la EMPRESA se reserva el derecho de exigir la ampliación de la información presentada por éste y se supeditará cada uno de los pagos a su presentación. ***4.*** Pagar mensualmente la seguridad social y acreditarla durante la vigencia del contrato, de acuerdo a los lineamientos fijados por la E.S.E. Para este efecto, mensualmente y acompañando cada pago los recibos de pago de aportes al sistema de seguridad social integral. Para este efecto, deberá cumplir con la afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral previsto en la Ley 100 de 1993 y demás normas pertinentes en materia de salud y pensiones, de conformidad con lo establecido en artículo 282 de la ley 100 de 1993, modificado por el 114 del decreto 2150 de 1995; artículo 23 del decreto 1703 de 2002, artículo 4 de la ley 797 de 2003, artículo 18 ley 1122 de 2007, artículo 135 ley 1753 de 2015 y afiliación a riesgos profesionales de conformidad con el Decreto 0723 de 2013. ***5.*** Coordinar con el Supervisor de la orden de prestación de servicios, si así fuere necesario el cronograma para la ejecución de las actividades.***6.*** Dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes, efectuando el pago oportuno de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales o en su defecto prestar declaración juramentada en la que haga constar la no obligatoriedad de responder por este requerimiento, si a ello hubiere lugar. ***7.*** Atender con respeto y buen trato a las personas a quienes preste el servicio. ***8.*** Responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del coordinador, administrador, Contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en la orden de prestación de servicios. ***9.*** Coadyuvar a proyectar respuestas a los derechos de petición, observaciones y de más requerimientos que le sean encomendados en materia de la ejecución de la orden. Así mismo, coadyuvar a proyectar las respuestas para los organismos estatales de control que en materia de la ejecución de la orden de prestación de servicios sean requeridos. (Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Contraloría Departamental, etc.). ***10.*** Respetar las normas y reglamentos de la EMPRESA U4. **11.** Guardar la reserva profesional y el respeto por la labor encomendada y sobre toda la información, políticas, procedimientos u operaciones que le sean dadas a conocer por la EMPRESA, para el desarrollo del objeto de la orden de prestación de servicios. ***12.*** Comunicar de manera inmediata al supervisor de la orden de prestación de servicios, cualquier irregularidad o anomalía que se presente durante el desarrollo de sus obligaciones. ***13.*** Atender cualquier solicitud que, con relación al desarrollo del objeto contractual, efectúe el gerente de la EMPRESA. ***14.*** Devolver a la EMPRESA todos los documentos que éste le haya facilitado para la prestación de sus servicios, en la medida en que su consulta ya no resulte necesaria en la ejecución del objeto convenido. Esta obligación también deberá cumplirse una vez se haya terminado de ejecutar la orden de prestación de servicios. ***15.*** Tomar las precauciones necesarias para garantizar la confidencialidad de la información que la EMPRESA le proporcione, de las cuales en ningún caso serán menores a aquellas tomadas para mantener sus propios asuntos y negocios importantes en reserva, cuando la naturaleza de éstos así lo exija, absteniéndose en lo sucesivo de efectuar para sí o para terceros, arreglos, reproducciones, adaptaciones o cualquier otra clase de mutilación de la información que llegue a su conocimiento con ocasión de la ejecución del objeto contractual. ***16.*** Las demás actividades que sean asignadas por escrito, por parte de la supervisión de la orden o el contratante, relacionadas con la naturaleza de la orden de prestación de servicios y que estén encaminadas al correcto desarrollo del objeto contractual.

# PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS

## 6. COMPROMISOS U OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL PROPONENTE -CONTRATISTA:

1. Realizar visitas domiciliarias acorde a las actividades propuestas para presentar al coordinador del plan de intervenciones colectivas departamental 2025.
2. Desarrollar las acciones e intervenciones relacionadas con el rol y las concertadas con los demás integrantes del equipo para la atención integral en salud de las gestantes, las niñas, niños y adolescentes y comunidad de acogida, en coordinación permanente con los demás integrantes del equipo de acuerdo con la "Los lineamientos del PIC DPTAL 2025".
3. Realizar el acompañamiento en los territorios priorizados a las acciones de los procesos de Planeación Integral en Salud, según directrices del Ministerio de salud y Protección Social; e igualmente apoyar según asignación, las iniciativas gubernamentales relacionadas con PIC DPTAL 2025.
4. Identificar de los actores clave comunitarios sociales, las gestantes y las familias y la caracterización y cualificación de los actores de cada territorio (institucionales, comunitarios, gestantes y familias) de acuerdo con las directrices técnicas, operativas y pedagógicas, priorizando las necesidades de capacidades a desarrollar y en articulación con el equipo.
5. Realizar el proceso de la conformación y fortalecimiento de redes comunitarias para la promoción del cuidado de las gestantes, niñas, niños y adolescentes, demás cursos de vida.
6. Realizar gestión intersectorial de articulación y apoyo a nivel territorial que permitan la ejecución e interventoría de las intervenciones individuales contratadas con las ESE en el marco del plan de intervenciones colectivas 2025.
7. Realizar el seguimiento a la población sujeto del proyecto de manera que se garantice la entrega efectiva de intervenciones individuales y colectivas a través de mecanismos de demanda inducida y de seguimiento a las atenciones en los medios que se definan en el marco del PIC DPTAL 2025, recolectar de información para apoyar la sistematización del proceso.
8. Participar en las reuniones técnicas de seguimiento a las cuales haya lugar, cuyas instancias contribuyan a la implementación eficiente y pertinente del PIC DPTAL 2025.
9. Hacer los respectivos acompañamientos a los profesionales, (Médicos, Enfermeras Profesionales y Psicólogas).
10. Recoger listados de asistencias y tomar las respectivas evidencias fotográficas y demás que se requieran.
11. Organizar en al territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, se debe brindar educación sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.

# PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS

12. Diligenciar formulario de caracterización de las familias, los integrantes de las familias y los entornos, establecido por el Ministerio de Salud, de acuerdo a las indicaciones del supervisor
13. Organizar en al territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, se debe brindar educación sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.
14. Las demás que sean asignada por el supervisor del contrato.

**7. DOMICILIO:** Como domicilio para la ejecución del presente contrato se fija en el Municipio de Los Cordobas - Córdoba.

**8. DOCUMENTOS INTEGRANTES DE LA PROPUESTA.** La propuesta integra los siguientes documentos:

- Propuesta Técnico – Económica
- Hoja de vida de la función pública (Sigep)
- Formato único de Bienes y Rentas
- Fotocopia cédula de ciudadanía
- Formulario del Registro Único Tributario RUT
- Certificado de antecedentes disciplinarios
- Certificado de antecedentes de manejo fiscal,
- Diplomas o Acta de grados
- Certificaciones Laborales o de experiencia
- Tarjeta profesional
- Vigencia de la tarjeta profesional
- Antecedentes disciplinarios de la profesión cuando se requiera
- Seguridad Social en Salud y Pensión
- Certificado afiliación pensiones
- Examen pre ocupacional
- Sistema Nacional de medidas correctivas.
- Certificado de inhabilidad e incompatibilidad
- Declaración de bienes y rentas función pública y registro de conflicto de interés (- Ley 2013 de 2019)
- Formato cumplimiento Ley 2013 de 2019 (anexo 2)- (publicación declaración bienes y rentas, registro de conflicto de interés y declaración de renta.

Atentamente;

**OLGA PATRICIA REINA MARTINEZ**
C.C. **50.917.115** expedida en Monteria (Cordoba).

**ACTA DE ACEPTACION**

Los Córdobas, septiembre de 2025

Señor (a)
**SHIRLY SOL SALAS NAVARRO**
E.S.E. CAMU Los Córdobas – Córdoba.

Por medio del presente, me permito informarle que la **PROPUESTA** presentada por usted a la E.S.E. **CAMU LOS CORDOBAS,** para desarrollar el proceso contractual que tiene por objeto: **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS,** ha sido aceptada.

Le solicito acercarse a la **E.S.E. CAMU LOS CORDOBAS** para la suscripción del correspondiente contrato.

Atentamente,

**JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ.**
**GERENTE E.S.E CAMU LOS CÓRDOBAS**

**SHIRLY SOL SALAS NAVARRO**
NOTIFICADO.

## ESTUDIOS PREVIOS DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD. ESE CAMU DEL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS

### 1.- DESCRIPCION DE LAS NECESIDAD QUE LA ENTIDAD PRETENCE SATISFACER CON LA CONTRATACION.

LA ESE CAMU DE LOS CORDOBAS, transformado en Empresa Social del Estado de orden municipal, se constituye, a la luz de lo prescrito por el artículo 194 de la Ley 100 de 1.993, comouna categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, adscrita a la dirección local del sistema de seguridad social en salud del municipio.

El objeto principal de la Empresa Social del Estado E.S.E., es laprestación de los servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado,y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelanta acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

La Constitución Política de Colombia sobre el Derecho a la salud establece:

**ARTICULO 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a las habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud par entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Por su parte sobre la prestación de servicios de salud, la Ley 100 de 1993 establece:

**ARTICULO.** 194. Naturaleza La prestación de servicios de salud en forma directa para la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas par la ley o par las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

El objetivo de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicio de salud, entendidos coma un servicio público a cargo del Estado y forma parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 195 numeral 6° de la ley de 1993, artículo 16 del decreto 1874 de 1994 y el artículo 13 de la ley 1150 de 2007, las empresas sociales del estado en materia de contratación se regirán par el derecho privado, aplicando las principios consagrados en las artículos 209 y 267 de la constitución nacional, y podrán discrecionalmente, utilizar las cláusulas

excepcionales previstas en el estatuto General de la Contratación de la Administración Publica.

la constitución y la ley le ha otorgado a las entidades del estado correspondientes la responsabilidad para la prestación del servicio de salud y respecto las derechos fundamentales y la creación de las condiciones para que las entidades ejerzan estos derechos, sin embargo, mediante el decreto 152 de fecha 15 diciembre del 1995, el alcalde del Municipio De Los Córdobas, transformo el hospital del municipio de los córdobas en una empresa social del estado, coma una entidad de derecho público descentralizada, cuyo objeto es desarrollar actividades económicas organizadas para la producción y prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad en el ámbito territorial del municipio de los córdobas y para el desarrollo y cumplimiento de dicho objeto podrá celebrar contratos permitidos para la legislación colombiana que puedan ser ejecutados o desarrollados par personas naturales y jurídicas de derecho público y privado.

El artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, establece que las Entidades Estatales que par disposición legal cuenten con régimen contractual distinto al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicaran, en desarrollo de su actividad contractual y acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa y la gesti6n fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política.

Con posterioridad a la expedición de la Ley 100 de 1.993, no se ha expedido ninguna norma que trace pautas para la celebración de contratos en las Empresas Sociales del Estado, sin embargo si se han presentado pronunciamientos del Consejo de Estado y de la Procuraduría General de la Nación en el sentido de que los contratos que celebran las Empresas Sociales del Estado, tienen el carácter de Contratos Estatales, que aunque no se rigen para las normas establecidas en el estatuto contenido en la Ley 80 de 1.993, se deben coma ya se indicó al cumplimiento de las principios generales de la función administrativa del Estado contenidos en el artículo 209 de la Constituci6n Nacional y desarrollados par el artículo 3° del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Con fundamento en lo anterior, el Ministerio de Salud y de la Protección Social expidió la Resolución 5185 del 4 de diciembre de 2013 "Por media de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Socia/es del Estado adopten el Estatuto de Contratación que regirá su actividad contractual, la cual en su artículo 9 contempla dentro del proceso de contratación la fase de planeación mediante la elaboraci6n de las estudios y documentos previos, documento que se constituye en el soporte de todo proceso de contratación.

Así mismo, las exigencias de la contratación estatal, aunque sea de las contratos del Estado catalogados par la jurisprudencia, coma especiales para su régimen excepcional de contratación como es el caso de las Empresas Sociales del Estado, implican que estas entidades estén dotadas de unas claras normas y procedimientos de contratación que le permitan cumplir en forma ágil con las funciones específicas asignadas, seleccionando a sus contratistas con unas normas preestablecidas, que además seriaren en forma clara y funcional las modalidades de contratación, se establezcan las cuantías, se determinen las procedimientos en las diferentes

modalidades que se adopten, se asignen responsables en etapas determinadas, es decir que se sigan las directrices establecidas en el estatuto de contratación de la ESE CAMU DE LOS CÓRDOBAS.

En cumplimiento de lo anterior, la ESE, precede a realizar análisis de necesidad, conveniencia y oportunidad para la **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION – PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CÓRDOBAS.**

## 1.1 ALTERNATIVAS PARA SATISFACER LA NECESIDAD

El bienestar de las personas, familias y comunidades es un eje central en el desarrollo de los países y un objetivo común de los objetivos del desarrollo sostenible adoptados por las naciones Unidas en 2015 como una petición global para poner fin a la pobreza y garantizar que las personas disfruten de paz y prosperidad en un en el marco la protección y sostenibilidad social, económica y ambiental priorizando el progreso de los más rezagados

De otra parte, a ESE, es una Empresa Social del Estado de la orden Municipal, prestadora de servicios de salud de baja complejidad, comprometida con el bienestar de la comunidad, con enfoque en la promoción de lasaludyprevención de la enfermedad, con personal idóneo, infraestructura y tecnol ogía adecuada, con los insumos necesarios y de la mejor calidad para desarrollando una gestión por procesos, que garanticen los derechos de nuestros usuarios.

Como entidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar la función Social del Estado, de manera eficiente en la prestación permanente y oportuna de los servicios que le competen, tanto desde el área asistencial como el área administrativa y financiera que presta el apoyo al cumplimiento del objeto misional.

Dispensar cuidados de calidad es una función esencial dentro del ámbito de la enfermería. En las zonas urbanas y rurales del municipio para los servicios públicos de salud, el personal de enfermería se encuentra en contacto directo con el enfermo, la familia y la comunidad, estando capacitado para actuar incluso antes de que surja el problema, teniendo el propósito de mejorar las perspectivas de salud de la ciudadanía y garantizando los cuidados con la máxima seguridad.

Por lo anterior, la Empresa Social del E.S.E, procedió a realizar un análisis de necesidad, conveniencia y oportunidad para celebrar un Contrato de Prestación de Servicios bajo los lineamientos para la contratación de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA RURAL, puesto ya que el personal de planta con el que cuenta institución no es suficiente para atender la demanda de usuarios que acude en busca de servicios de salud a la entidad, y así lo exige el respectivo convenio realizado.

En aras de asegurar el cumplimiento de la función administrativa que le corresponde a la E.S.E, es primordial contar con los recursos para su normal funcionamiento, el servicio tal como lo indica la ejecución **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**(PIC). N° SS-005-2025 ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA Y LA ESE CAMU DE LOS CÓRDOBAS**, es de elemento esencial que resulta ser vital para el correcto desarrollo de las funciones de los habitantes del Municipio De Los Córdobas

Que de la misma manera la E.S.E CAMU LOS CÓRDOBAS celebro **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC). N° SS-005-2025 ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA Y LA ESE CAMU DE LOS CÓRDOBAS**

Por lo expuesto, se hará la respectiva contratación.

**2.- EL OBJETO A CONTRATAR, CON SUS ESPECIFICACIONES Y LA IDENTIFICACION DEL CONTRATO A CELEBRAR**:

**2.1. OBJETO A CONTRATAR: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION – PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CÓRDOBAS.**

**2.2. CLASIFICACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS:** De Conformidad con el clasificador de bienes y servicios de Naciones Unidas, versión 14 del UNSPSC, consultado en la página web. www.colombiacompra.gov.co/clasificacion, el objeto a contratar se encuentra codificado así

| SEGMENTO | FAMILIA | CLASE | PRODUCTO |
|---|---|---|---|
| **85000000** | **85100000** | **85101600** | **AUXILIAR DE ENFERMERIA** |

**2.3 IDENTIFICACION DEL CONTRATO A CELEBRAR:**
Se trata de un contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, de acuerdo a lo estipulado en el Estatuto de Contratación de la E.S.E

**3. ACTIVIDADES – OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**:

**3.1 OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:**

Para el desarrollo del objeto del presente contrato EL CONTRATISTA queda obligado a:

1- En cumplimiento de la presente orden de prestación de servicios EL CONTRATISTA se compromete a: ***1.*** Realizar las actividades que se deriven del objeto del contrato, es decir, ejecutar idónea y oportunamente el objeto de la orden de prestación de servicios, una vez se haya legalizado la misma. Para este efecto, el contratista deberá prestar sus servicios de acuerdo con las normas propias de su profesión o actividad y asistir y acompañar directa y personalmente a la EMPRESA cuando esta lo requiera a fin de garantizar el efectivo cumplimiento del servicio, para lo cual se podrá utilizar los medios de correo electrónico, teléfono fijo, celular, video-

llamada, fax y cualquier otro medio electrónico y de comunicación. ***2.*** Actuar con suma diligencia, responsabilidad e idoneidad en la ejecución de las actividades contratadas. ***3***. Presentar un informe detallado de la labor contratada al supervisor de la orden de prestación de servicios, aportar registro fotográfico (según lo especificado en cada una de las actividades) de cada una de las actividades del componente en cada cuenta de cobro o con la periodicidad que el supervisor lo requiera, y un informe consolidado final, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la supervisión de la orden de prestación de servicios. Para tal efecto, la EMPRESA se reserva el derecho de exigir la ampliación de la información presentada por éste y se supeditará cada uno de los pagos a su presentación. ***4.*** Pagar mensualmente la seguridad social y acreditarla durante la vigencia del contrato, de acuerdo a los lineamientos fijados por la E.S.E. Para este efecto, mensualmente y acompañando cada pago los recibos de pago de aportes al sistema de seguridad social integral. Para este efecto, deberá cumplir con la afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral previsto en la Ley 100 de 1993 y demás normas pertinentes en materia de salud y pensiones, de conformidad con lo establecido en artículo 282 de la ley 100 de 1993, modificado por el 114 del decreto 2150 de 1995; artículo 23 del decreto 1703 de 2002, artículo 4 de la ley 797 de 2003, artículo 18 ley 1122 de 2007, artículo 135 ley 1753 de 2015 y afiliación a riesgos profesionales de conformidad con el Decreto 0723 de 2013. ***5.*** Coordinar con el Supervisor de la orden de prestación de servicios, si así fuere necesario el cronograma para la ejecución de las actividades. ***6.*** Dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes, efectuando el pago oportuno de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales o en su defecto prestar declaración juramentada en la que haga constar la no obligatoriedad de responder por este requerimiento, si a ello hubiere lugar. ***7***. Atender con respeto y buen trato a las personas a quienes preste el servicio. ***8***. Responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del coordinador, administrador, Contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en la orden de prestación de servicios. ***9.*** Coadyuvar a proyectar respuestas a los derechos de petición, observaciones y de más requerimientos que le sean encomendados en materia de la ejecución de la orden. Así mismo, coadyuvar a proyectar las respuestas para los organismos estatales de control que en materia de la ejecución de la orden de prestación de servicios sean requeridos. (Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Contraloría Departamental, etc.). ***10.*** Respetar las normas y reglamentos de la EMPRESA.***11.*** Guardar la reserva profesional y el respeto por la labor encomendada y sobre toda la información, políticas, procedimientos u operaciones que le sean dadas a conocer por la EMPRESA, para el desarrollo del objeto de la orden de prestación de servicios. ***12.*** Comunicar de manera inmediata al supervisor de la orden de prestación de servicios, cualquier irregularidad o anomalía que se presente durante el desarrollo de sus obligaciones. ***13.*** Atender cualquier solicitud que, con relación al desarrollo del objeto contractual, efectúe el gerente de la EMPRESA. ***14.*** Devolver a la EMPRESA todos los documentos que éste le haya facilitado para la prestación de sus servicios, en la medida en que su consulta ya no resulte necesaria en la ejecución del objeto convenido. Esta obligación también deberá cumplirse una vez

se haya terminado de ejecutar la orden de prestación de servicios. ***15***. Tomar las precauciones necesarias para garantizar la confidencialidad de la información que la EMPRESA le proporcione, de las cuales en ningún caso serán menores a aquellas tomadas para mantener sus propios asuntos y negocios importantes en reserva, cuando la naturaleza de éstos así lo exija, absteniéndose en lo sucesivo de efectuar para sí o para terceros, arreglos, reproducciones, adaptaciones o cualquier otra clase de mutilación de la información que llegue a su conocimiento con ocasión de la ejecución del objeto contractual. ***16***. Las demás actividades que sean asignadas por escrito, por parte de la supervisión de la orden o el contratante, relacionadas con la naturaleza de la orden de prestación de servicios y que estén encaminadas al correcto desarrollo del objeto contractual.

**3.2 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**

1. Realizar visitas domiciliarias acorde a las actividades propuestas para presentar al coordinador del plan de intervenciones colectivas departamental 2025.
2. Desarrollar las acciones e intervenciones relacionadas con el rol y las concertadas con los demás integrantes del equipo para la atención integral en salud de las gestantes, las niñas, niños y adolescentes y comunidad de acogida, en coordinación permanente con los demás integrantes del equipo de acuerdo con la "Los lineamientos del PIC DPTAL 2025".
3. Realizar el acompañamiento en los territorios priorizados a las acciones de los procesos de Planeación Integral en Salud, según directrices del Ministerio de salud y Protección Social; e igualmente apoyar según asignación, las iniciativas gubernamentales relacionadas con PIC DPTAL 2025.
4. Identificar de los actores clave comunitarios sociales, las gestantes y las familias y la caracterización y cualificación de los actores de cada territorio (institucionales, comunitarios, gestantes y familias) de acuerdo con las directrices técnicas, operativas y pedagógicas, priorizando las necesidades de capacidades a desarrollar y en articulación con el equipo.
5. Realizar el proceso de la conformación y fortalecimiento de redes comunitarias para la promoción del cuidado de las gestantes, niñas, niños y adolescentes, demás cursos de vida.
6. Realizar gestión intersectorial de articulación y apoyo a nivel territorial que permitan la ejecución e interventoría de las intervenciones individuales contratadas con las ESE en el marco del plan de intervenciones colectivas 2025.
7. Realizar el seguimiento a la población sujeto del proyecto de manera que se garantice la entrega efectiva de intervenciones individuales y colectivas a través de mecanismos de demanda inducida y de seguimiento a las atenciones en los medios que se definan en el marco del PIC DPTAL 2025, recolectar de información para apoyar la sistematización del proceso.
8. Participar en las reuniones técnicas de seguimiento a las cuales haya lugar, cuyas instancias contribuyan a la implementación eficiente y pertinente del PIC DPTAL 2025.
9. Hacer los respectivos acompañamientos a los profesionales, (Médicos, Enfermeras Profesionales y Psicólogas).
10. Recoger listados de asistencias y tomar las respectivas evidencias fotográficas y demás que se requieran.
11. Organizar en al territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de

masa corporal (IMC) y test de Snellen, se debe brindar educación sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.

12. Diligenciar formulario de caracterización de las familias, los integrantes de las familias y los entornos, establecido por el Ministerio de Salud, de acuerdo a las indicaciones del supervisor
13. Organizar en al territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, se debe brindar educación sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.
14. Las demás que sean asignada por el supervisor del contrato.

### 3.3. OBLIGACIONES DE LA E.S.E CAMU LOS CORDOBAS:

1- Exigir al contratista la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado igual exigencia podrán hacer al gerente en caso de que exista.
2- Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar.
3- Solicitar la actualización o la revista de los precios cuando se produzcan fenómenos que alteren en su contra el equilibrio económico o financiero del contrato.
4- Adelantar revisiones periódicas de los servicios prestado para verificar que ellos cumplan con las condiciones de calidad ofrecida por el contratista
5- Promover las acciones de responsabilidad contra el contratista y sus garantes cuando dichas condiciones no se cumplan.
6- Exigir que la calidad de los bienes y servicios adquiridos se ajusten a los requisitos mínimos previsto en las normas técnicas obligatoria.
7- Adelantar las acciones conducentes a obtener las indemnizaciones de los daños que sufran en desarrollo o con ocasiones del contrato celebrado.
8- Repetir contra los servidores públicos, contra el CONTRATISTA, o los terceros responsables, según el caso o los indemnizado que deban pagar como consecuencia de la actividad contractual.
9- Adoptar las medidas necesarias para mantener durante el desarrollo y ejecución del contrato las condiciones técnicas y económicas y financieras existente.
10- Respetar el orden de presentación de situaciones litigiosas que llegaren a presentarse
11- Pagar al contratista el valor del contrato en la forma estipulada ya mencionada en el contrato.
12- Respetar la metodología empleada por el contratista para dar cumplimiento al objeto del contrato, la cual a su vez deberá ajustarse al objeto del mismo.
13- Poner oportunamente a disposición del contratista los elementos, documentación información y logística, que este demande para el cumplimiento del objeto contractual

**14-**Controlar, supervisar y vigilar el desarrollo de la ejecución del objeto del contrato para el cumplimiento de los fines del mismo, directamente y por lo intermedio del supervisor;
**15-**Se designará a un funcionario para la supervisión del respectivo contrato.
**16-**Las demás que se desprenda de la naturaleza del presente contrato y que se encuentra prevista en la ley.

**3.4 PLAZO DE EJECUCION Y VIGENCIA**: El plazo de ejecución del presente contrato es CUATRO **(04)** MESES Y QUINCE **(15)** DIAS

**3.5 LUGAR DE EJECUCION**: El lugar de ejecución del presento contrato es en el Municipio De Los Córdobas – Departamento De Córdoba.

**3.6 VALOR Y FORMA DE PAGO:**

**VALOR: EL VALOR DEL CONTRATO**. Para todo los efectos legales y fiscales, el valor del contrato a celebrar es por la suma de: **NUEVE MILLONES SEICIENTOS DOCE MIL PESOS ($ 9.612.000).** El valor incluye todos los costos directo e indirecto, impuesto y deducciones.

**QUINTA**: **FORMA DE PAGO**. El contratante pagara al contratista de la siguiente manera: Así: **a) a) CUATRO (04) PAGOS** mensuales iguales equivalentes a la suma de, **DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS ($ 2.136.000),** y **b) UN PAGO FINAL**: por valor de: **UN MILLON SESENTA Y OCHO MIL PESOS ($1.068.000),** previa presentación del informe mensual de ejecución de actividades, acompañado certificado de cumplido a satisfacción expedido por el supervisor del contrato con sus respectivos soportes, la acreditación de los pagos que en materia de salarios y seguridad social deberá efectuar el contratista. Derivado de los pagos que el primero realice a la E.S.E.

**4. CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA OFERTA MAS FAVORABLE.**

Los criterios para seleccionar la oferta más favorable son LA EXPERIENCIA Y LA IDONEIDAD.

**4.1 LA IDONEIDAD:** Referida a la preparación académica, al cumplimiento del perfilexigido en esta contratación.

**4.2 LA EXPERIENCIA:** Referida a que demuestre práctica relacionada con la labor adesempeñar, de acuerdo con el objeto contractual.

| IDONEIDAD | EXPERIENCIA GENERAL |
|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERA | 1 AÑO ENFERMERA AUXILIAR |

**5. ANÁLISIS DE RIESGO Y FORMA DE MITIGARLO.**

**DEFINICIONES**
Para los efectos de los diferentes procesos de selección, entenderán las siguientes categorías de riesgo:

**Riesgo Previsible**: son los posibles hechos o circunstancias que por naturaleza del contrato y de la actividad a ejecutar es factible su ocurrencia.

**Riesgo Imprevisible**: son aquellos hechos o circunstancias donde no es factible su previsión, es decir el acontecimiento de su ocurrencia, tales como desastres naturales, actos terroristas o eventos que alteren el orden público.

**Tipificación del Riesgo:** Es la enunciación que se hace de aquellos hechos previsibles constitutivos de riesgo que, en criterio de la E.S.E, pueden presentarse durante y con ocasión de la ejecución del contrato.

**Asignación del Riesgo**: Es el señalamiento que hace la E.S.E, de la parte contractual que deberá soportar total o parcialmente la ocurrencia de la circunstancia tipificada, asumiendo su costo.

| TIPIFICACION | ESTIMACION | ASIGNACION | MITIGACION |
|---|---|---|---|
| Incumplimiento de obligaciones contractuales | Baja | Contratista | Control de supervisión |
| Incumplimiento del pago de aportes al sistema de seguridad social o alteración de los soportes de pago del mismo | Baja | Contratista | Control de supervisión |
| Información erróneao desactualizada,aportada por la entidad para la ejecución del contrato | Baja | Entidad | Control de supervisión |
| Incumplimiento en el pago del valor delcontrato | Baja | Entidad | Expedición del Certificado de Disponibilidad Presupuestal yRegistro Presupuestal |
| Incumplimiento por muerte o Incapacidad permanente | Media | Entidad | Liquidación unilateral del contrato, de conformidad con loestablecido en la *Ley* 80 de 1993,1150 de 2007 y Decretos reglamentarios |

**6. GARANTÍAS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTEMPLA EXIGIR EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN:** Teniendo en cuenta el artículo 2.2.1.2.1.4.5 del Decreto 1082 de 2015. No obligatoriedad de las garantías: en la contratación directa la exigencia de garantías establecidas en el Titulo III de las Disposiciones Especiales de Presente Decreto no es Obligatoria y la Justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos. Sumado que para la E.S.E. no se constituye en riesgo la ejecución de este contrato, porque la forma de pago es mediante pagos parciales según actividades realizadas, lo que significa que la E.S.E. cancelara al contratista según las actividades que sean ejecutadas.

**7. SUPERVISIÓN:** La E.S.E ejercerá la Supervisión del presente contrato, por intermedio del Profesional especializado, o por el funcionario que designe para el desarrollo de esta labor, y tiene bajo su responsabilidad entre otras funciones: a) El estricto seguimiento sobre la ejecución del contrato, b) la presentación de los informes necesarios sobre el desarrollo del mismo. c) el reporte oportuno de cualquier irregularidad, solicitando cuando así lo considere, informes al contratista que podrán ser verificados en cualquier momento. d) Verificar que el contratista cumpla con sus obligaciones frente a los Sistema de Seguridad Social Integral, previstos en la Ley 789 de 2002 y la cotización mensual de las mismas. Por todo lo anterior consideramos importante y conveniente se realice la presente contratación

Para constancia se firma en el Municipio De Los Córdobas a los 09 días del mes de mayo del año 2025.

**JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ**
GERENTE E.S.E CAMU LOS CORDOBAS

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS
De Corazón con la Salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CAMU LOS CORDOBAS
NIT: 812.003.996-1
*De corazón con la salud*

**Los Córdobas, 09 de mayo de 2025**

**Señor (a):**
**TECNICO DE PRESUPUESTO.**
E.S.E. Camu Los Córdobas – Córdoba.
E. S. M.

**Asunto:** Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal

La presente, tiene como finalidad solicitarle a usted, certificado de disponibilidad presupuestal para realizar el contrato cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION – PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CÓRDOBAS.**

**VALOR:** NUEVE MILLONES SEICIENTOS DOCE MIL PESOS **($ 9.612.000)**

**JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ.**
**GERENTE E.S.E CAMU LOS CÓRDOBAS**

REPUBLICA DE COLOMBIA

ESE CAMU LOS CORDOBAS

Libertad y Orden

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Nro 00377

A los 9 dia(s) del mes de julio del 2025.

## CERTIFICA

Que en el presupuesto de gastos de la vigencia fiscal 2025 Existe DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL para amparar los siguientes gastos:

| | |
|---|---|
| 2 | GASTOS |
| 2.4 | GASTOS DE OPERACION COMERCIAL |
| 2.4.5 | GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN |
| 2.4.5.02 | ADQUISICIÓN DE SERVICIOS |
| 2.4.5.02.09 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD_ SOCIALES Y PERSONALES |

| Rubro | | Valor | Saldo Disponible |
|---|---|---|---|
| F.F. 121000 | INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION | | Vige: 1 VIGENCIA ACTUAL |
| SUBCLASE: 93192 | Servicios de enfermería | | CPC: 93192 |
| 2.4.5.02.09 Servicios para la comunidad_ sociales y personales | S.F.: C CON SITUACION DE FONDOS | 9,612,000.00 | 790,608,772.53 |
| | Subtotal | 9,612,000.00 | |
| | Total | 9,612,000.00 | |

SON: NUEVE MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL PESOS

**Objeto** PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION - PIC N°152 -2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) VIGENCIA 2025 EN E

Amparado mediante solicitud presupuestal No.: 00377

**Politica Publica** NO APLICA 0.0

MARIA JOSE VELASQUEZ
JEFE DE PRESUPUESTO

Elaboro MARIA VELASQUEZ

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Salas | Navarro | Shirly Sol |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 50917115

SEXO: F ⊗ M ○ NB ○

NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 11 MES 11 AÑO 1977

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: LOS CÓRDOBAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 4W 21 6

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: MONTERÍA

TELÉFONO: 3135802243 EMAIL: shirlysalas9@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | EDUCACION MEDIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1996 |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: EMDISALUD | | | PÚBLICA | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO: CÓRDOBA | MUNICIPIO: MONTERÍA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS: 7811598 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día: 02 | Mes: 09 | Año: 2010 | | | | Día: 29 | Mes: 01 | Año: 2017 | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR LINEA | DEPENDENCIA: 2011 ADMINISTRATIVO RECEPTIVOS | | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 22 8A 38 | | | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: SALUDCOOP IPS | | | PÚBLICA | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO: CÓRDOBA | MUNICIPIO: MONTERÍA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS: 7921600 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día: 01 | Mes: 11 | Año: 2003 | | | | Día: 12 | Mes: 06 | Año: 2008 | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA: SERVICIO EN SALUD | | | | | | DIRECCIÓN: CARRERA 1 21 84 | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día: | Mes: | Año: | | | | Día: | Mes: | Año: | | |
| AREA DE CONOCIMIENTO | NIVEL EDUCATIVO | | | | | | DIRECCIÓN | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 11 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 09 Mayo 2025 Los Cordobas

Shirly Solis Navarro

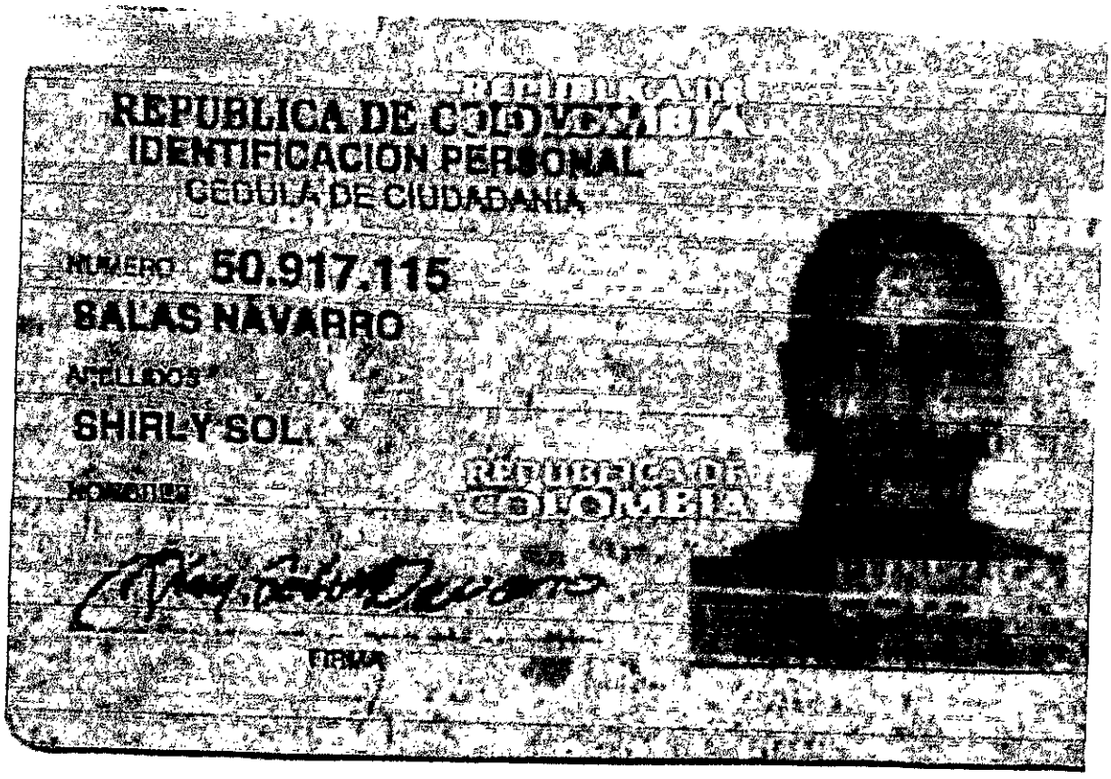
*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

*CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.*

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

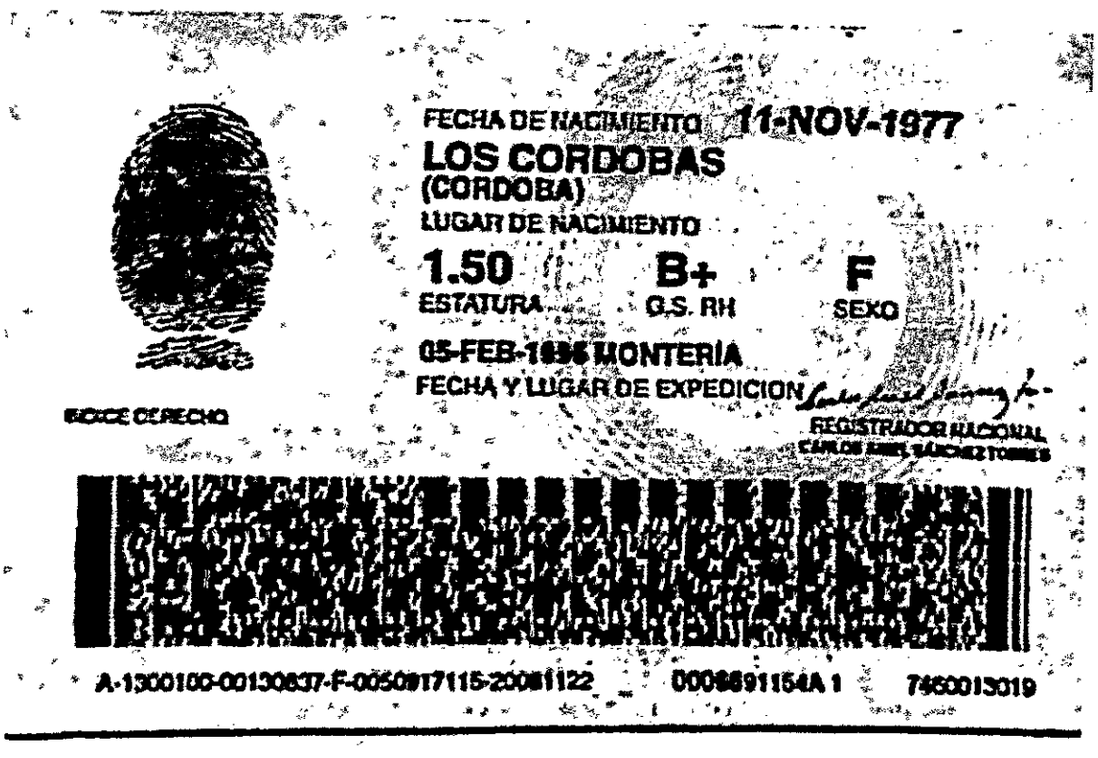


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.917.115
SALAS NAVARRO
APELLIDOS
SHIRLY SOL
NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

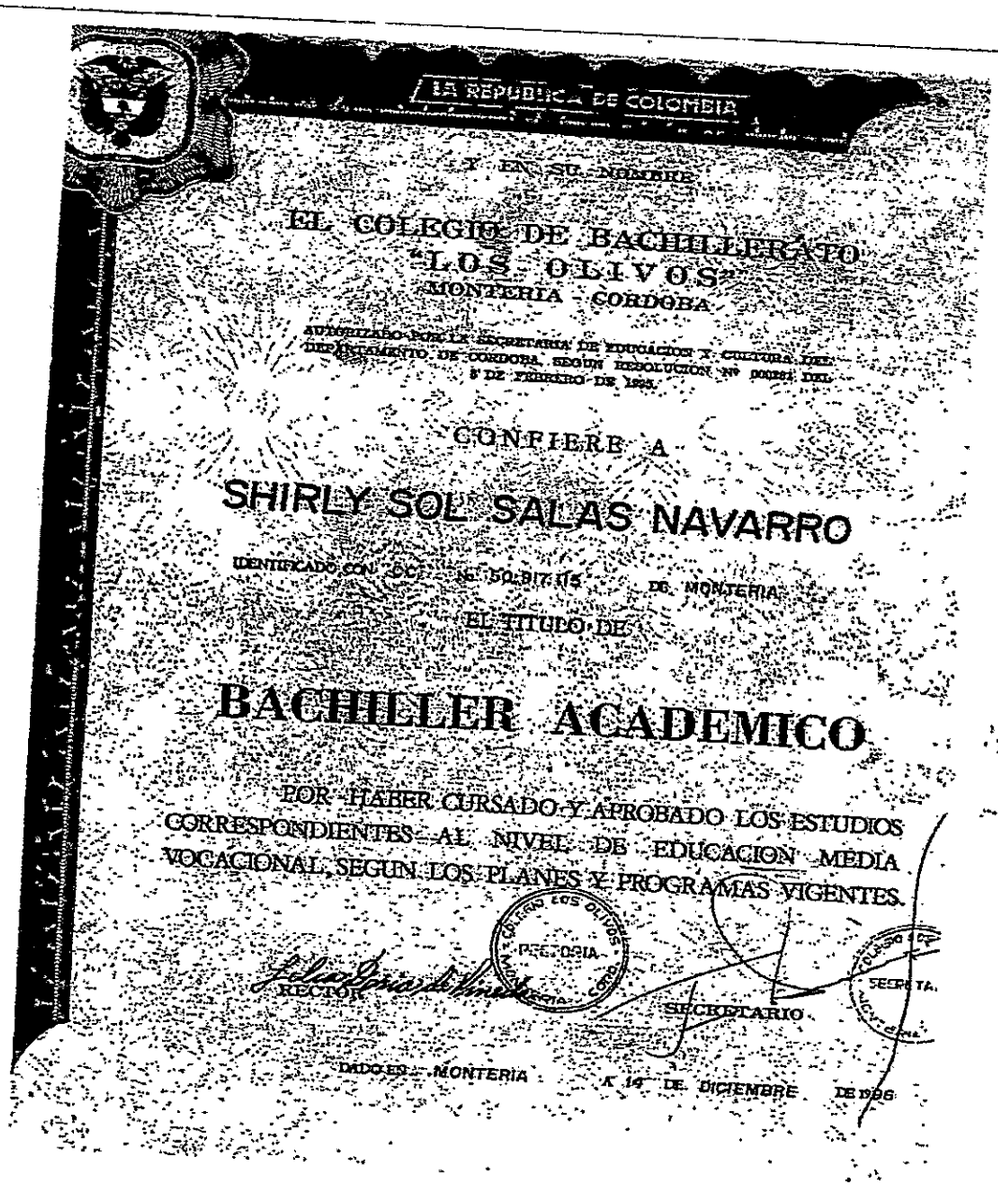


FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1977
LOS CORDOBAS
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
05-FEB-1996 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1300100-00130637-F-0050917115-20061122 0008691154A 1 7960013019

Scanned with CamScanner



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO DE BACHILLERATO
"LOS OLIVOS"
MONTERIA CORDOBA

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA, SEGUN RESOLUCION Nº 000281 DEL 5 DE FEBRERO DE 1996.

CONFIERE A

SHIRLY SOL SALAS NAVARRO

IDENTIFICADO CON T.I. Nº 50.917.115 DE MONTERIA

EL TITULO DE:

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

COLEGIO LOS OLIVOS MONTERIA

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN MONTERIA A 14 DE DICIEMBRE DE 1996

República de Colombia
Departamento de Antioquia

# Empresa Cooperativa de Servicios Educativos en Salud - ECOSESA

Aprobada por Resolución de la Gobernación de Antioquia No. 03270 del 25 de Noviembre de 1996
y con Licencia de Funcionamiento de la Secretaría de Educación Departamental
No. 000379 del 11 de Marzo de 1997 aprobada por el Ministerio de Salud.

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD
Reconócese este Título para todos los efectos legales
RESOLUCION N° 5-0194
MEDELLIN, 28 ENE. 2000
DIR. VIGILANCIA Y CONTROL

## CONCEDE CERTIFICADO A:

## SHIRLY SOL SALAS NAVARRO

C.C. No. 50.917.115

Por haber cursado y aprobado el programa de estudios teórico-prácticos establecidos por el Ministerio de Salud que lo capacita para ejercer como:

## AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

GLORIA MARIA SIERRA LONDOÑO
Gerente Ecosesa

Empresa Cooperativa de Servicios Educativos en Salud.

CONSTANZA ELENA SILVA MAYA
Directora Ecosesa

Expedido en Medellín a los 26 días del mes de Enero de 2.000

ReTHUS



A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 50917115

Primer Nombre: shirly

Primer Apellido: salas

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2997

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2025-06-03→4:44:35 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 50917115 | SHIRLY | SOL | SALAS | NAVARRO | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SHIRLY SOL SALAS NAVARRO identificado(a) con CC 50917115 registra La siguiente información:**

**2025-06-03→4:44:35 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educaci

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Shirly Sol Salas Navarro*

## *CC 50917115 de Monteria Córdoba*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS) con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2025-02-21
Fecha de vencimiento: 2027-02-21

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Shirly Sol Salas Navarro*

## *CC 50917115 de Montería*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-06-11
Fecha de vencimiento: 2027-06-11

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educaci

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Shirly Sol Salas Navarro*

## *CC 50917115 de Monteria Córdoba*

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS) con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-21
Fecha de vencimiento: 2027-02-21

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Shirly Sol Salas Navarro*

## *CC 50917115 de Monteria Córdoba*

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico

con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-02-21

Fecha de vencimiento: 2027-02-21

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Shirly Sol Salas Navarro*

## *CC 50917115 de Montería*

Realizó y aprobó el Curso Seguridad Clínica del Paciente y Calidad Asistencial con un total de 100 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-06-09
Fecha de vencimiento: 2027-06-09

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Shirly Sol Salas Navarro*

## *CC 50917115 de Montería*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-07
Fecha de vencimiento: 2027-06-07

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educaci

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Shirly Sol Salas Navarro*

## *CC 50917115 de Monteria Córdoba*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-21
Fecha de vencimiento: 2027-02-21

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# San Vicente Fundación

Hace constar que:

## Shirly Sol Salas Navarro

Número de identificación: 50917115

Logró los objetivos trazados y cumplió con las 11 horas del curso virtual

**Humanización y espiritualidad en la atención**

Expedido en Medellín marzo 7, 2022

**Amalia Villegas Calle**
Jefe de Gestión del Conocimiento
San Vicente Fundación

HOSPITAL SAN vicente fundación

# San Vicente Fundación

Hace constar que:

## Shirly Sol Salas Navarro

Número de identificación: 50917115

Logró los objetivos trazados y cumplió con 1 horas del curso virtual

**Higiene de manos y manejo de aislamientos hospitalarios**

Expedido en Medellín marzo 7, 2022

**Amalia Villegas Calle**
Jefe de Gestión del Conocimiento
San Vicente Fundación

HOSPITAL SAN vicente fundación

# San Vicente Fundación

Hace constar que:

## Shirly Sol Salas Navarro

Número de identificación: 50917115

Logró los objetivos trazados y cumplió con las 4 horas del curso virtual

**Transfusión segura de hemocomponentes**

Expedido en Medellín marzo 7, 2022

Amalia Villegas Calle
Jefe de Gestión del Conocimiento
San Vicente Fundación

HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

# CERTIFICA QUE

## SHIRLY SOL SALAS NAVARRO

**IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 50.917.115**

**Asistió al Curso de:**

VACUNACIÓN CON ÉNFASIS EN COVID-19

**Con una intensidad horaria de 70 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MONTERIA A LOS 15 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2021. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andrés Fabián Monje
GERENTE

IMAVSS

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO

**Cédula:** **50917115**

**Fecha de expedición:** 04/05/2025

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 04 de mayo de 2025 a las 04:10 p. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

La información contenida en el sistema es generada y reportada por los organismos de tránsito.
Federación Colombiana de Municipios | Consorcio Sonitt / Quipux
Contáctanos: Línea celular 333 602 68 00 | 01 8000 413 588
www.fcm.org.co/simit/

Personería Jurídica NIT. 900987708 – 6

Montería, 23 de enero de 2018

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN PININOS EN PEDAL**

**HACE CONSTAR QUE:**

**SHIRLY SOL SALAS NAVARRO,** identificada con cedula de ciudadanía número 50.917.115 de Montería; laboro en esta empresa desde el 15 de agosto de 2017 hasta el 30 de septiembre de 2017.

Su cargo desempeñado como digitadora del Registro de Localización y caracterización de la población en condición de discapacidad en la zona rural y urbana del municipio de San Jacinto del Cauca, con un contrato de prestación de servicios.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado.

Atentamente,

**JULIETH PAOLA BARRIOS VALVERDE**
**C.C. 1.067.906.492**
Representante Legal

Fundación Pininos en Pedal

funpiped@gmail.com Tel. 3128994929
Los Cordobas - Cordoba

EMDISalud

NAL-AD-CE-17-071

Montería, 25 de enero de 2017

EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO

HACE CONSTAR QUE:

**SHIRLY SOL SALAS NAVARRO**, identificada con cédula de ciudadanía número 50.917.115 de Montería; laboró en nuestra empresa desde el 02 de septiembre de 2010 hasta el 29 de enero de 2017.

Su último cargo desempeñado fue como **AUXILIAR LINEA 018000** en la Oficina Nacional, Montería, devengando un salario mensual de : NOVECIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS ($910.360), con un contrato a término indefinido.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado.

Atentamente,

**FRANCISCO ANTONIO BUELVAS VIEIRA**

: Talento Humano
Auxiliar de Gestión Humana

*LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP REGIONAL CORDOBA*

***CERTIFICA***

*Que la Sra.* ***SHIRLY SOL SALAS NAVARRO,*** *identificada con la cédula de ciudadanía No.* ***50.917.115,*** *laboro en esta entidad desde el día 1 de Noviembre del 2003 hasta el 12 Junio del 2008, desempeñando el cargo de* ***Auxiliar de Enfermería.***

*En constancia se expide en la ciudad de Montería a los dos (2) días del mes de Julio del año Dos Mil Ocho (2008), a solicitud del interesado.*

***OCTAVIO CRISTANCHO DUMAR***
*Representante Legal*

*Gloria Lucia.*

MONTERIA
CARRERA 1 No 21-84 CONMUTADOR: 792 16 00 FAX: 781 66 19
NIT: 812.007.528-4

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD

DESARROLLO DE LA SALUD

Don Salud

¡El amigo de tu salud!

| REGISTRO Nº. | INSCRIPCIÓN Nº. |
|---|---|
| 5-194/00 | 3811 |



Nombre: SHIRLY SOL

Apellido: SALAS NAVARRO

C.C.: 50.917.115

Profesión: AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

Montería 17 NOV. 2006

Firma: Shirly Salas Navarro.

PROFESIONAL

Firma:

Secretaría Seccional de Salud

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141163610326

(415)7707212489984(8020) 000014116361032 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 0 9 1 7 1 1 5 | 7 | Impuestos y Aduanas de Montería 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 | 50917115 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SALAS | NAVARRO | SHIRLY | SOL |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 4 W # 21-04 BRR RIO DE JANEIRO

42. Correo electrónico: shirlysalas9@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 5 8 0 2 2 4 3 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 9 | 2 0 2 5 0 2 2 1 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

54. Código

### Exportadores

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

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: SALAS NAVARRO SHIRLY SOL

985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 21-02-2025 10:58:43AM

DOCUMENTO CLIENTE AUTENTICADO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 04 de mayo de 2025, a las 80:09:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | **50917115** |
| Código de Verificación | 1003395816250205200435 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 282288198

PIB
15:38:04
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de mayo del 2025

La PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) X Shirly Sol Salas Navarro identificado (a) con Cédula de ciudadanía número **50917115**

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos**

**Judiciales La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 05:09:13 PM horas del 04/5/2025, el ciudadano identificado con: Cédula de Ciudadanía Nº **50917115**

Apellidos y Nombres: **Salas Navarro Shirly Sol**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

· (Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/05/2025 05:22:08 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº **50917115** .

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **109866889** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC **50917115** **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 04/05/2025 09:35 AM

Código Verificación: **FCRPVETW3D**

Válida hasta: **12/12/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

Función Pública

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

**FORMULARIO UNICO**
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS**
**Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**
**PERSONA NATURAL**
**(LEY 190 DE 1995)**

| ENTIDAD RECEPTORA |
|---|
| |

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Shirly Sol Salas Navarro

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° **50917115** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | CÓRDOBA | Los córdobas |

| Dirección | Teléfonos |
|---|---|
| villaluz | |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION X** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 1.OOO.OOO |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | - |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 1.000.000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

c) En la actualidad: **SI** **NO X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Shirley Salas Navarro

Los córdobas, Mayo de 2025

DAFP-OA

**DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE AUSENCIA DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS**

Yo, **Shirly Sol Salas Navarro,** identificado con cédula de ciudadanía N°**50917115**, en calidad de **Auxiliar de Enfermería**, declaro bajo juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las siguientes causales de inhabilidad o incompatibilidad para contratar con el estado, descritas en la ley, en los artículos 8º de la Ley 80 de 1993:

1. No tengo ninguna inhabilidad que me impida legalmente ejercer el cargo o función para el cual estoy siendo designado o en el que me desempeño actualmente.

2. No existen incompatibilidades que afecten mi capacidad para desempeñar mis funciones de manera imparcial y efectiva, conforme a las normativas vigentes y a las obligaciones inherentes a mi cargo.

3. No estoy sujeto a ningún impedimento legal, contractual o de cualquier otra índole que pueda obstaculizar mi desempeño adecuado en el cargo que ocupo.

Asimismo, me comprometo a informar de inmediato a las autoridades competentes en caso de que surjan circunstancias que alteren la veracidad de esta declaración

Declaro además que soy consciente de las responsabilidades legales y éticas asociadas con la función que desempeño, y me comprometo a cumplir con ellas de manera íntegra y transparente.

Manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

En fe de lo cual, firmo la presente declaración en los córdobas, Córdoba a los 04 días del mes de mayo del año 2025.

Shirly Salas Navarro

**Nombre** Shirly Sol Salas Navarro
**C.C** 50917115

# *DRA. DELSY ELENA BENITEZ DORIA*

**MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO**
**REGISTRO MEDICO 231009/2004 LSO 00158 DE 23/08/18**

CALLE 10 N° 5-10 BARRIO ARRIBA- LOS CORDOBAS – CORDOBA-TELEFONO 3107122977


## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

FECHA 20221214 V.2



**Paciente:** SHIRLY SOL SALAS NAVARRO **Identificacion** CC 50917115
**Lugar exped.** Montería
**Sexo:** F **Fecha de Nacimiento** 11/11/1977 **Edad (años)** 47
**Direccion:** Cta 4 w # 21 - 04 **Telefono** 3135802243
**Empresa** E.S.E. CAMU LOS CORDOBAS
**Cargo en mision:** PUBLICO
**Talla (mts)** 1,5 **Peso (kg)** 62 **Grupo Sanguineo:** B+
**IMC** **27,6** **SOBRE PESO**

**EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA**

Examen medico Ocupacional : DE INGRESO Fecha Apertura 20/02/2025
Fecha Cierre 20/02/2025

**Realizado en:** LOS CORDOBAS -CORDOBA

**CARGO u OFICIO** AUXILIAR DE ENFERMERIA

**CONCEPTO LEGAL**

Hago constar que he realizado examen mèdico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolucion 2346 de 2007 y la Resolucion 1918 de 2009, la reserva y la custodia de la historia clinica ocupacional y en general, los documentos examenes y valoraciones clìnicas o paraclìnicas que alli reposen son estrictamente confidenciales y sera responsabilidad mia. Esta estarà disponible para los fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

**RECOMENDACIONES LABORALES**

Capacitacion en temas especificos de acuerdo a su labor. Control medico anual. Medidas de Higiene Postural y Mecànica Corporal. Pausas Activas cada 2 horas por 5 minutos. Uso de EPP requeridos para la labor.

**MANEJO POR EPS**

Control anual por Optometria.

**HABITOS Y ESTILOS DE VIDA**

Asumir compromiso del auto cuidado. Bajar de peso. Dieta baja en carbohidratos. Ejercicio fisico de 30 a 60 minutos diarios. Lavar las manos con agua y jabon caada 3 horas por 20 segundos.

**INCLUIR EN PVE**

Programa de Conservacion Visual.

**RESTRICCIONES LABORALES:** Ninguna

**CONCEPTO DE APTITUD:** La persona arriba identificada es apta para el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

0

**Firma del mèdico especialista en Salud Ocupacional**
**Nombre:** **DELSY ELENA BENITEZ DORIA**
**Especialidad:** **Mèdico Especialista en Salud Ocupacional**
**Licencia S.O.:** 00158 DE 23/08/18 Registro Nº: 231009/2004

**Firma del Paciente**
Tipo y Nº de Id.

Salud Total

MONTERIA, Junio 11 de 2025

Señora:

SALAS NAVARRO SHIRLY SOL

CC. 50917115CL 27 CR 16 A W 14 W EL DORADO - 2000

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 Enero 29 de 2022. 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALAS NAVARRO SHIRLY SOL | 50917115 | C | Ene-29-2022 | 8 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| BARRIOS SALAS JESUS ALBERTO | 1062969067 | T | Ene-29-2022 | 8 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| BARRIOS SALAS DANIEL FELIPE | 1062980371 | T | Ene-29-2022 | 8 | 26 | 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 |
|---|---|---|---|
| SHIRLY SOL SALAS NAVARRO | 50917115 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |

**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.

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

## CERTIFICA QUE:

**SHIRLY SOL SALAS NAVARRO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **50.917.115**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **SHIRLY SOL SALAS NAVARRO** identificado con **CC** No. **50917115**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| ESE CAMU DE LOS CORDOBAS - NI. 812003996 | **Fecha de inicio de cobertura:** 26/03/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/04/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/06/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 3 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad *de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente* novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101627743.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

...es, 21 de febrero de 2025

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **SHIRLY SOL SALAS NAVARRO**. identificado con CC. **50.917.115**. cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

| Nombre Producto | N.° Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 67778939891 | 2025/02/21 | ACTIVA |

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS
De Corazón con la Salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CAMU LOS CORDOBAS
NIT: 812.003.996-1
De corazón con la salud

# CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS

El suscrito Gerente de la **E.S.E CAMU LOS CORDOBAS**, Doctor **JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° **6.875.592** expedida en Montería – Córdoba, como ordenador del gasto y dando desarrollo de los procesos de contratación en las etapas precontractual y post-contractual de la **E.S.E CAMU LOS CORDOBAS,** quien para los efectos del presente contrato obra en nombre y representación de la **E.S.E CAMU LOS CORDOBAS** debidamente facultados por la Ley 80 de 1993, Artículo 195 numeral 6 de la Ley 100 de 1993, el decreto N° 1082 de 2015 y que en adelante para todos los efectos legales y contractuales se denominará la **E.S.E CAMU LOS CORDOBAS.**

**CERTIFICA QUE:**

De acuerdo con lo establecido en el literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, estos servicios se podrán contratar directamente con la persona que esté en capacidad de ejecutar el objeto de la contratación y que haya demostrado la idoneidad y la experiencia directamente relacionadas con las actividades a desarrollar.

La **E.S.E CAMU LOS CORDOBAS** no cuenta con personal de planta o este no es suficiente, para desarrollar las actividades objeto del contrato a celebrar, según constancia expedida por el jefe de Talento Humano de la **E.S.E CAMU LOS CORDOBAS**.

Revisada la Hoja de Vida y acreditación de estudios, experiencia profesional y demás soportes documentales presentados por: **SHIRLY SOL SALAS NAVARRO,** persona mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía N° **50.917.115** expedida en Monteria, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2.2.1.1.2.1.1 Decreto 1082 de 2015, modificatorio de la Ley 1150 de 2007, posee la idoneidad y la experiencia necesaria, para la celebración del contrato que tendrá por objeto: **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION – PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CÓRDOBAS.**

Dado en el municipio de Los Córdobas, a los (09) días del mes de Mayo de 2025

**JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ**
GERENTE E.S.E CAMU LOS CORDOBAS.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION- PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CÓRDOBAS, CELEBRADO ENTRE LA E.S.E CAMU LOS CORDOBAS Y SHIRLY SOL SALAS NAVARRO.**

| | |
|---|---|
| **CONTRATO** | **PIC - PSAG N.° – 152 – 2025.** |
| **CONTRATANTE** | **E.S.E. CAMU LOS CÒRDOBAS** |
| **NIT** | 812003996-1 |
| **CONTRATISTA** | **SHIRLY SOL SALAS NAVARRO** |
| **IDENTIFICACIÓN** | **C.C N° 50.917.115 EXPEDIDA EN MONTERÍA** |
| **OBJETO** | **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION – PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CÓRDOBAS.** |
| **PLAZO** | **CUATRO (04) MESES Y QUINCE (15) DÍAS** |
| **VALOR** | **NUEVE MILLONES SEICIENTOS DOCE MIL PESOS ($ 9.612.000)** |

Entre los suscritos **JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ,** identificado con la cédula de ciudadanía No. **6.875.592** Expedida en Montería, quien obra en su condición de gerente y represéntate legal de la Empresa Social Del Estado E.S.E CAMU LOS CORDOBAS, CORDOBA, según consta en Decreto de Nombramiento N.° 254 de 01 de abril de 2024 y acta de posesión N.° 018 del 01 de Abril de 2024 emanada de la Alcaldía del Municipio de los Córdobas, quien obra en el presente acto en calidad de **CONTRATANTE** y que para efecto del presente contrato se denominara la EMPRESA por una parte y por la otra, **SHIRLY SOL SALAS NAVARRO,** identificada con cedula de ciudadanía número **50.917.115** expedida en Montería, quien en adelante se denominara el CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente contrato de prestación de servicios profesionales el cual se regirá principalmente por el derecho privado de conformidad como lo establece el numeral 6 del artículo 195 de la ley 100 de 1993, dándole aplicabilidad al artículo 13 de la ley 1150 de 2007, que establece que las entidades estatales que por disposición legal cuente con un régimen contractual excepcional al del estatuto general de contratación de la administración pública, aplicaran en el desarrollo de su actividad contractual acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la constitución política de Colombia y estarán sometidos al régimen de incompatibilidades e inhabilidades previsto legalmente para la contratación estatal consagradas en los artículos 8,9, y 10 de la ley 80 de 1993 y el artículo 18 de la ley 1150 de 2007 y en los artículos 1,2,3 y 4 de la ley 1474 de 2011 y en especial lo estipulado en el estatuto de contratación de la E.S.E CAMU DE LOS CÓRDOBAS y por las siguientes CLAUSULAS:

**CLAUSULA PRIMERA: OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION – PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CÓRDOBAS.**

**CLAUSULA SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En cumplimiento de la presente orden de prestación de servicios EL CONTRATISTA se compromete a: ***1.*** Realizar las actividades que se deriven del objeto del contrato, es decir, ejecutar idónea y oportunamente el objeto de la orden de prestación de servicios, una vez se haya legalizado la misma. Para este efecto, el contratista deberá prestar sus servicios de acuerdo con las normas propias de su profesión o actividad y asistir y acompañar directa y personalmente a la EMPRESA cuando esta lo requiera a fin de garantizar el efectivo cumplimiento del servicio, para lo cual se podrá utilizar los medios de correo electrónico, teléfono fijo, celular, video-llamada, fax y cualquier otro medio electrónico y de comunicación. ***2.*** Actuar con suma diligencia, responsabilidad e idoneidad en la ejecución de las actividades contratadas. ***3***. Presentar un informe detallado de la labor contratada al supervisor de la orden de prestación de servicios, aportar registro fotográfico (según lo especificado en cada una de las actividades) de cada una de las actividades del componente en cada cuenta de cobro o con la periodicidad que el supervisor lo requiera, y un informe consolidado final, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la supervisión de la orden de prestación de servicios. Para tal efecto, la EMPRESA se reserva el derecho de exigir la ampliación de la información presentada por éste y se supeditará cada uno de los pagos a su presentación. ***4.*** Pagar mensualmente la seguridad social y acreditarla durante la vigencia del contrato, de acuerdo a los lineamientos fijados por la E.S.E. Para este efecto, mensualmente y acompañando cada pago los recibos de pago de aportes al sistema de seguridad social integral. Para este efecto, deberá cumplir con la afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral previsto en la Ley 100 de 1993 y demás normas pertinentes en materia de salud y pensiones, de conformidad con lo establecido en artículo 282 de la ley 100 de 1993, modificado por el 114 del decreto 2150 de 1995; artículo 23 del decreto 1703 de 2002, artículo 4 de la ley 797 de 2003, artículo 18 ley 1122 de 2007, artículo 135 ley 1753 de 2015 y afiliación a riesgos profesionales de conformidad con el Decreto 0723 de 2013. ***5.*** Coordinar con el Supervisor de la orden de prestación de servicios, si así fuere necesario el cronograma para la ejecución de las actividades. ***6.*** Dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes, efectuando el pago oportuno de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales o en su defecto prestar declaración juramentada en la que haga constar la no obligatoriedad de responder por este requerimiento, si a ello hubiere lugar. ***7***. Atender con respeto y buen trato a las personas a quienes preste el servicio. ***8***. Responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del coordinador, administrador, Contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en la orden de prestación de servicios. ***9.*** Coadyuvar a proyectar respuestas a los derechos de petición, observaciones y de más requerimientos que le sean encomendados en materia de la ejecución de la orden. Así mismo, coadyuvar a proyectar las respuestas para los organismos estatales de control que en materia de la ejecución de la orden de prestación de

servicios sean requeridos. (Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Contraloría Departamental, etc.). ***10.*** Respetar las normas y reglamentos de la EMPRESA. ***11.*** Guardar la reserva profesional y el respeto por la labor encomendada y sobre toda la información, políticas, procedimientos u operaciones que le sean dadas a conocer por la EMPRESA, para el desarrollo del objeto de la orden de prestación de servicios. ***12.*** Comunicar de manera inmediata al supervisor de la orden de prestación de servicios, cualquier irregularidad o anomalía que se presente durante el desarrollo de sus obligaciones. ***13.*** Atender cualquier solicitud que, con relación al desarrollo del objeto contractual, efectúe el gerente de la EMPRESA. ***14.*** Devolver a la EMPRESA todos los documentos que éste le haya facilitado para la prestación de sus servicios, en la medida en que su consulta ya no resulte necesaria en la ejecución del objeto convenido. Esta obligación también deberá cumplirse una vez se haya terminado de ejecutar la orden de prestación de servicios. ***15***. Tomar las precauciones necesarias para garantizar la confidencialidad de la información que la EMPRESA le proporcione, de las cuales en ningún caso serán menores a aquellas tomadas para mantener sus propios asuntos y negocios importantes en reserva, cuando la naturaleza de éstos así lo exija, absteniéndose en lo sucesivo de efectuar para sí o para terceros, arreglos, reproducciones, adaptaciones o cualquier otra clase de mutilación de la información que llegue a su conocimiento con ocasión de la ejecución del objeto contractual. ***16***. Las demás actividades que sean asignadas por escrito, por parte de la supervisión de la orden o el contratante, relacionadas con la naturaleza de la orden de prestación de servicios y que estén encaminadas al correcto desarrollo del objeto contractual.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**

1. Realizar visitas domiciliarias acorde a las actividades propuestas para presentar al coordinador del plan de intervenciones colectivas departamental 2025.
2. Desarrollar las acciones e intervenciones relacionadas con el rol y las concertadas con los demás integrantes del equipo para la atención integral en salud de las gestantes, las niñas, niños y adolescentes y comunidad de acogida, en coordinación permanente con los demás integrantes del equipo de acuerdo con la "Los lineamientos del PIC DPTAL 2025".
3. Realizar el acompañamiento en los territorios priorizados a las acciones de los procesos de Planeación Integral en Salud, según directrices del Ministerio de salud y Protección Social; e igualmente apoyar según asignación, las iniciativas gubernamentales relacionadas con PIC DPTAL 2025.
4. Identificar de los actores clave comunitarios sociales, las gestantes y las familias y la caracterización y cualificación de los actores de cada territorio (institucionales, comunitarios, gestantes y familias) de acuerdo con las directrices técnicas, operativas y pedagógicas, priorizando las necesidades de capacidades a desarrollar y en articulación con el equipo.
5. Realizar el proceso de la conformación y fortalecimiento de redes comunitarias para la promoción del cuidado de las gestantes, niñas, niños y adolescentes, demás cursos de vida.
6. Realizar gestión intersectorial de articulación y apoyo a nivel territorial que permitan la ejecución e interventoría de las intervenciones individuales contratadas con las ESE en el marco del plan de intervenciones colectivas 2025.
7. Realizar el seguimiento a la población sujeto del proyecto de manera que se garantice la entrega efectiva de intervenciones individuales y colectivas a través de mecanismos de demanda inducida y de seguimiento a las atenciones en los medios que se definan en el marco del PIC DPTAL 2025, recolectar de información para apoyar la sistematización del proceso.

8. Participar en las reuniones técnicas de seguimiento a las cuales haya lugar, cuyas instancias contribuyan a la implementación eficiente y pertinente del PIC DPTAL 2025.
9. Hacer los respectivos acompañamientos a los profesionales, (Médicos, Enfermeras Profesionales y Psicólogas).
10. Recoger listados de asistencias y tomar las respectivas evidencias fotográficas y demás que se requieran.
11. Organizar en al territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, se debe brindar educación sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.
12. Diligenciar formulario de caracterización de las familias, los integrantes de las familias y los entornos, establecido por el Ministerio de Salud, de acuerdo a las indicaciones del supervisor
13. Organizar en al territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, se debe brindar educación sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.
14. Las demás que sean asignada por el supervisor del contrato.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** El contratista deberá responder por la preparación y realización de la actividad, esto es, por el servicio profesional. Por consiguiente, su responsabilidad se limitará a la planificación en compañía del coordinador designado por la gerencia para tal fin, a la organización y al desarrollo de la actividad. En ningún caso responderá por la logística (con todo lo que ello implica, es decir, papelería, divulgación, sonido, decoración, sillettería y demás), el material de apoyo, la alimentación y el transporte; los cuales estarán a cargo de la E.S.E CAMU LOS CÒRDOBAS, quien asumirá la responsabilidad de adelantar las gestiones administrativas o contractuales que se requieran para dar cumplimiento a dicho requerimiento. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: La coordinación y planificación de las actividades estará a cargo de la E.S.E CAMU LOS CORDOBAS, a través de un funcionario designado por la Gerencia para estos efectos.

**CLAUSULA TERCERA: OBLIGACIONES DE LA EMPRESA:** La EMPPRESA se obliga a: **1).** Exigir al contratista la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. Iguales exigencias podrán hacer al garante en el caso de que exista; **2).** Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar; **3).** Solicitar la actualización o la revista de los precios cuando se produzcan fenómenos que alteren en su contra el equilibrio económico o financiero de la orden de prestación de servicios; **4).** Adelantar revisiones periódicas de los servicios prestados, para verificar que ellos cumplan con las condiciones de calidad ofrecidas por el contratista; **5).** Promover las acciones de responsabilidad contra el contratista y sus garantes cuando dichas condiciones no se cumplan; **6).** Exigir que la calidad de los bienes y servicios adquiridos se ajusten a los requisitos mínimos previstos en las normas técnicas obligatorias; **7).** Adelantar las acciones conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufran

en desarrollo o con ocasión de la orden de prestación de servicios celebrada; **8).** Repetir contra los servidores públicos, contra el contratista o los terceros responsables, según el caso, por las indemnizaciones que deban pagar como consecuencia de la actividad contractual; **9).** Adoptar las medidas necesarias para mantener durante el desarrollo y ejecución de la orden de prestación de servicios las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes. Actuar de tal modo que, por causas a ellas imputables, no sobrevenga una mayor onerosidad en el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista. Corregirán los desajustes que pudieren presentarse y acordar los mecanismos y procedimientos pertinentes para precaver o solucionar rápida y eficazmente las diferencias o situaciones litigiosas que llegaren a presentarse; **10).** Respetar el orden de presentación de los pagos por parte de los contratistas; **11).** Pagar al CONTRATISTA el valor de la orden de prestación de servicios en la forma estipulada en la cláusula quinta de la misma; **12).** Respetar la metodología empleada por EL CONTRATISTA para dar cumplimiento al objeto de la orden de prestación de servicios, la cual a su vez deberá ajustarse al objeto de la misma; **13).** Poner oportunamente a disposición del CONTRATISTA los elementos, documentación, información y logística, que éste demande para el cumplimiento del objeto contractual; **14).** Controlar, supervisar y vigilar el desarrollo de la ejecución del objeto de la orden de prestación de servicios para el cumplimiento de los fines de la misma, directamente y por intermedio del Supervisor; **15).** Designar al Supervisor de la orden de prestación de servicios; **16).** Las demás que se desprendan de la naturaleza de la orden de prestación de servicios y que se encuentren previstas en la Ley.

**CLAUSULA CUARTA: VALOR DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**. Para todos los efectos legales y fiscales, el valor de la presente orden de prestación de servicios es por la suma de **NUEVE MILLONES SEICIENTOS DOCE MIL PESOS ($ 9.612.000).** El mencionado valor incluye todos los costos directos e indirectos, impuestos y deducciones.

**CLAUSULA QUINTA: FORMA DE PAGO: PARAGRAFO PRIMERO** EL CONTRATISTA deberá presentar su respectiva cuenta de cobro y/o factura, según corresponda, además de informe final de ejecución donde se pueda verificar la ejecución de las actividades.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**: Para el pago deberá acompañarse el pago de la seguridad social, y acreditarse de conformidad con la Ley y los conceptos emitidos por el Ministerio de Protección Social al respecto.

**PARÁGRAFO TERCERO:** El contratante pagara al contratista de la siguiente manera: Así: **a**) **CUATRO (04) PAGOS** mensuales iguales equivalentes a la suma de, **DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS ($ 2.136.000),** y **b) UN PAGO FINAL**: por valor de: **UN MILLON SESENTA Y OCHO MIL PESOS ($1.068.000),** previa presentación del informe mensual de ejecución de actividades, acompañado certificado de cumplido a satisfacción expedido por el supervisor del contrato con sus respectivos soportes, la acreditación de los pagos que en materia de salarios y seguridad social deberá efectuar el contratista. Derivado de los pagos que el primero realice a la E.S.E.

**PARAGRAFO CUARTO**: en todo caso, los pagos estarán sujeto al flujo de caja – del municipio de los córdobas, derivado de los pagos que el primero realice a la ESE con ocasión a lo acordado al **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC). N° SS-005-2025 ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA Y LA ESE CAMU DE LOS CÓRDOBAS**

**CLAUSULA SEXTA: PLAZO.** El término de duración de la orden de prestación de servicios será de **CUATRO (04) MESES Y QUINCE (15) DÍAS** contados a partir de la suscripción de la presente orden. **PARÁGRAFO: VIGENCIA:** Esta orden de prestación de servicios estará vigente desde la fecha de su perfeccionamiento hasta su terminación.

**CLAUSULA SÉPTIMA: MODIFICACIÓN DEL PLAZO Y DEL VALOR DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.** El plazo y el valor de la presente orden de prestación de servicios podrán ser modificados de común acuerdo entre las partes.

**CLAUSULA OCTAVA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**. La empresa pagara al contratista el valor del presente contrato con fondos proveniente del presupuesto de la vigencia fiscal 2025.

**CLAUSULA NOVENA**: Teniendo en cuenta que el desarrollo de las actividades a realizar no se solicita GARANTIAS, lo anterior teniendo como fundamento la forma de pago estipulada en el contrato.

**CLAUSULA DECIMA: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN YTERMINACIÓN UNILATERALES.** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento de la orden de prestación de servicios que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de éste, se procederá de acuerdo a lo dispuesto en el Manual de Contratación de la ESE.

**CLAUSULA DECIMA PRIMERA: SUSPENSIÓN TEMPORAL:** De común acuerdo entre las partes, se podrá suspender la ejecución de la orden de prestación de servicios mediante la suscripción de acta, sin que para efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión.

**CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN BILATERAL:** la presente orden de prestación de servicios terminará por las siguientes causas: **a)** De común acuerdo entre las partes en forma anticipada. En este caso, se procederá a su liquidación mediante acta, en la cual se harán constar las actividades desarrolladas, las obligaciones contraídas, los gastos pagados, así como los pendientes por reconocer y pagar de conformidad con las obligaciones y/o prestaciones ejecutadas a la fecha de la terminación. Aprobada por las partes, procederá a hacer los reembolsos de recursos que se acuerde, si a ello hubiere lugar; **b)** Por vencimiento de su vigencia o por el agotamiento de los recursos sino es adicionado o prorrogado con antelación a estos eventos; **c)** Por el cumplimiento del objeto. **d)** Por incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones **e)** Por fuerza mayor o caso fortuito. **f)** Por las demás que la ley determine. PARÁGRAFO: Las partes podrán declarar la terminación bilateral de la presente orden por causas de fuerza mayor, caso fortuito, por interés público o conveniencia de las partes, casos en los cuales se procederá a terminar y liquidar el contrato en el estado en que se encuentre, sin lugar a reclamaciones de perjuicios por el CONTRATISTA y renunciando este a toda acción judicial en contra de la ESE.

**CLAUSULA DÉCIMA TERCERA - CESIONES Y SUBCONTRATOS:** el contrato de prestación de servicios profesionales se celebra en consideración a la calidad de EL CONTRATISTA y por lo tanto éste no podrá ceder el contrato ni subcontratar a persona alguna, sin previa autorización escrita de la ESE pudiendo éste reservarse las razones que tenga para negar dicha autorización. Si la persona a la cual se le va a ceder el contrato es extranjera debe renunciar a la reclamación diplomática. La celebración de subcontratos no relevará al CONTRATISTA de las responsabilidades que asume en virtud del contrato. La E.S.E CAMU LOS CORDOBAS no adquirirá relación alguna con los subcontratistas.

**CLAUSULA DECIMA CUARTA: SECRETO PROFESIONAL E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:** Las partes se obligan a no divulgar la información confidencial de su contratante o de sus pacientes, entendiéndose por ésta, cualquier información personal, o sobre el estado de salud, información sobre inclinaciones sexuales, religión o filiación política, entre otras, por encontrarse amparada bajo la reserva que impone el secreto profesional y la que cobija la historia clínica, así como tampoco podrán revelar información de LA EMPRESA ni del CONTRATISTA de carácter societaria, técnica, financiera, jurídica, comercial y estratégica, y cualquier información que pudiera conocer relacionada con sus operaciones de negocios presentes y futuros, de la cual tenga conocimiento o llegue a tener mediante cualquier medio o circunstancia, so pena de hacerse responsable de los perjuicios que se causen, los cuales serán descontados de los valores que se adeuden al que resultare responsable, y sin perjuicio de los demás daños que llegaren a causarse, a reclamarse ante la jurisdicción. La protección es indefinida, por lo que no se podrá hacer uso de ella en ningún tiempo, ni durante la ejecución de la orden de prestación de servicios, ni una vez finalizada.

**CLAUSULA DECIMA QUINTA: PROPIEDAD INTELECTUAL:** Si de la ejecución de la presente orden de prestación de servicios resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a la Entidad Estatal contratante de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Así mismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados a la Entidad Estatal contratante por el objeto de esta orden de prestación de servicios no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros.

**CLAUSULA DECIMA SEXTA: CONFIDENCIALIDAD** - En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial.

**CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** La presente orden de prestación de servicios se perfecciona con la firma de ambas partes y la obtención del registro presupuestal. En atención a lo establecido en la Ley 1281 de 2010 y las circulares 019 de 2001 y 064 de 2010, teniendo en cuenta que los recursos del SGSSS y del SGP no pueden ser gravadas con ningún impuesto del orden territorial, la orden quedará perfeccionada con la suscripción de las partes y

para su ejecución fiscal se requiere: a) Registro Presupuestal, b) Certificado de cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social integral y aportes parafiscales, cuando haya lugar a ello.

**CLAUSULA DECIMA OCTAVA: INDEMNIDAD: El CONTRATISTA** mantendrá indemne a LA E.S.E CAMU LOS CÒRDOBAS DEL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS- CORDOBA, contra todo reclamo, demanda, denuncia, acción legal, acción reparatoria o sancionatoria y costo que pueda causarse o surgir siempre y cuando no sea por indebida actuación o negligencia de LA EMPRESA en la ejecución del objeto contractual.

**CLAUSULA DECIMA NOVENA**: **MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen que el presente contrato de prestación de servicios presta mérito ejecutivo con su sola presentación, sin necesidad de requerimiento alguno para constituirse en mora, requisito al cual renuncian expresamente con su suscripción.

**CLAUSULA VIGESIMA: NATURALEZA DEL CONTRATO**: La presente orden de prestación de servicios, se rige por el derecho privado y cláusulas exorbitante de la ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios en aplicación de lo normado en el Artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el Estatuto de Contratación de la E.S.E CAMU LOS CORDOBAS, no genera ninguna relación laboral con el CONTRATISTA, sus dependientes, trabajadores asociados, y se ha suscrito con arreglo a la Ley; en consecuencia, los asociados no podrán reclamar el pago de prestaciones sociales ni ningún tipo de emolumento a LA EMPRESA, y solo podrá EL CONTRATISTA reclamar el valor acordado en las cláusulas de la presente orden de prestación de servicios.

**CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA: ADICIONES Y PRORROGAS:** La presente orden de prestación de servicios se podrá prorrogar o adicionar, dependiendo las necesidades del servicio, previa solicitud del interventor o supervisor de la misma.

**CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA: MULTAS**: En caso de mora o de incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales a cargo de EL CONTRATISTA, éste autoriza expresamente a LA E.S.E. CAMU LOS CORDOBAS DEL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS - CÓRDOBA, mediante el presente documento para efectuar la tasación y cobro, previo procedimiento contemplado para el efecto, de multas diarias sucesivas del 1% del valor total de la orden de prestación de servicios por cada día de retraso, sin exceder el 10% del valor de la misma, **PARÁGRAFO PRIMERO**: Para efectos de que EL CONTRATISTA cancele los valores por la mora en la ejecución de las obligaciones no se requiere que la E.S.E. CAMU LOS CORDOBAS DEL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS - CÓRDOBA lo constituya en mora, el simple incumplimiento imputable al CONTRATISTA dará origen al pago de las sumas previstas en esta cláusula. **PARAGRAFO SEGUNDO:** EL CONTRATISTA autoriza que la E.S.E. CAMU LOS CORDOBAS DEL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS - CÓRDOBA adelante el procedimiento de imposición de multas de conformidad con el Manual Interno de Contratación, descuente de las sumas que le adeude los valores correspondientes a las Multas.

**CLAUSULA VIGESIMA TERCERA: CLAUSULA PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento o total de las obligación es a cargo de EL CONTRATISTA, E.S.E. CAMU LOS CORDOBAS DEL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS - CÓRDOBA previo aviso escrito y adelantado el procedimiento

establecido para el efecto, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que LA E.S.E CAMU LOS CORDOBAS pueda solicitar a EL CONTRATISTA la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que excedan del valor de la cláusula penal pecuniaria. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA autoriza que LA E.SE CAMU LOS CORDOBAS descuente de las sumas que le adeude, los valores correspondientes a la cláusula penal pecuniaria.

**CLAUSULA VIGESIMA CUARTA: CLAUSULA COMPROMISORA**: Las partes buscarán solucionar en forma ágil y directa las diferencias y discrepancias surgidas de la actividad contractual, mediante la conciliación, transacción y demás mecanismos alternativos de solución de conflictos que las partes acuerden según los procedimientos establecidos por la ley. Las controversias o divergencias relativas a la celebración y ejecución de la orden de prestación de servicios que no puedan ser resueltas mediante la aplicación de los mecanismos de solución directa de controversias, serán sometidas a un Tribunal de Arbitramento, quien decidirá en derecho, el cual será integrado por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio, para efectos de su funcionamiento se aplicará lo previsto en el reglamento de dicho Centro.

**CLAUSULA VIGESIMA QUINTA: CADUCIDAD:** LA E.S.E CAMU LOS CORDOBAS DE LOS CORDOBAS, previo requerimiento por escrito AL CONTRATISTA, declarará la caducidad de la presente orden de prestación de servicios, cuando se presente incumplimiento de las obligaciones a cargo de EL CONTRATISTA, afecten de manera grave y directa su ejecución y amenace con su paralización. Igualmente la declarará, cuando EL CONTRATISTA incumpla la obligación prevista en el numeral 5° del artículo 5° de la ley 80 de 1.993.

**CLAUSULA VIGESIMA SEXTA: DE LA REVISIÓN DE PRECIOS:** En caso de romperse la ecuación contractual por cambios o alteraciones en las condiciones iniciales de la orden de prestación de servicios, podrá efectuarse una revisión de precios mediante acta suscrita, en la que se incluirán cuantía y condiciones de pago acordadas.

**CLAUSULA VIGESIMA SEPTIMA: PERFECCIONAMIENTO Y REQUISITOS DE EJECUCIÓN**: La presente Orden de Prestación de Servicios se perfecciona con la firma de la misma por las partes y la obtención del registro presupuestal. Su legalización se protocoliza con la suscripción por las partes. La ejecución fiscal se hará con base en las normas tributarias e impositivas, causándose los impuestos y tasas de Ley.

**CLAUSULA VIGESIMA OCTAVA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento, el cual se entiende prestado con la aceptación de la presente orden de prestación de servicios, que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución y la Ley.

**CLAUSULA VIGESIMA NOVENA: EXCLUSIÓN LABORAL Y PRESTACIONAL**. La presente OPS en ningún caso generará relación laboral ni prestaciones sociales, entre EL CONTRATISTA y LA E.S.E CAMU LOS CÒRDOBAS, como quiera que EL CONTRATISTA ejecutará el objeto de esta orden con plena autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia. **PARÁGRAFO:** El CONTRATISTA es una entidad independiente de LA E.S.E CAMU LOS CORDOBAS, y, en consecuencia, EL CONTRATISTA no es su representante, agente o mandatario. EL CONTRATISTA ni tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre de LA E.S.E CAMU LOS CORDOBAS ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo.

**CLAUSULA TRIGESIMA: RIESGOS PREVISIBLES:** En el presente proceso LA E.S.E CAMU LOS CORDOBAS considera que podrían presentarse el incumplimiento por parte del CONTRATISTA, de alguna de las obligaciones contractuales, razón por la cual le corresponde al CONTRATISTA, asumir la responsabilidad frente a las obligaciones incumplidas en la ejecución del objeto contratado y en eventual caso LA ESE CAMU LOS CORDOBAS no realizará desembolso alguno en lo pertinente.

**CLAUSULA TRIGESIMA PRIMERA: PROHIBICIONES** EL CONTRATISTA de manera expresa se obliga a cumplir las siguientes reglas y limitaciones: 1.- Las adiciones y/o prórrogas se acordarán mediante documento escrito por las partes con antelación al vencimiento del plazo de ejecución. 2.- Sólo podrá ejecutar las actividades hasta concurrencia del valor y tiempo pactados en este documento o en las adiciones y/o prórrogas que se suscriban. Vencido el plazo para la ejecución del objeto contractual, EL CONTRATISTA deberá dar aviso a la E.S.E CAMU LOS CORDOBAS y cesar en la ejecución de la orden de prestación de servicios.

**CLAUSULA TRIGESIMA SEGUNDA: VEEDURÍA CIUDADANA:** Las partes, deberán permitir el ejercicio de la veeduría ciudadana en los siguientes términos. 1.- Suministrar información a quienes ejerzan las funciones de veeduría ciudadana cuando ésta sea requerida. 2.-Atender a las citaciones y requerimientos de la veeduría ciudadana, cuando se convoque.

**CLAUSULA TRIGESIMA TERCERA: SOLUCION DE CONFLICTOS**: Las partes podrán emplear los mecanismos de solución alternativa de conflictos, tales como la conciliación, y la transacción y/o a utilizar los mecanismos de solución directa.

**CLAUSULA TRIGESIMA CUARTA: SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS:** La Supervisión de la ejecución del objeto contractual será ejercida por la persona que para tal efecto designe el Gerente, quien deberá controlar su correcta ejecución, cumplimiento y establecer la vigilancia, supervisión y control de los distintos eventos a realizarse y los reportes que deben efectuarse.

**CLAUSULA TRIGESIMA QUINTA: NOTIFICACIONES:** Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo de la presente orden de prestación de servicios, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones indicadas a continuación:

| | |
|---|---|
| **E.S.E CAMU DE LOS CÓRDOBAS**<br>REPRESENTANTE LEGAL: **JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ,**DIRECCIÓN CALLE 3 #503 (FRENTE AL PARQUE) LOS CÓRDOBAS,TELÉFONO:3205908859<br>CORREO: secretaria@esecamu-loscordobas-cordoba.gov.co | NOMBRE: **SHIRLY SOL SALAS NAVARRO,**<br>CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA,<br>DIRECCIÓN: CRA 4W -# 21-04 B/ RIO DE JANEIRO -MONTERIA.<br>TELEFONO: 3135802243<br>CORREO: shirlysalas9@gmail.com |

Para mayor constancia, se firma en el Municipio de Los Córdobas, a los nueve (09) días del mes de mayo de 2025.

**JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ**
GERENTE E.S.E CAMU LOS CORDOBAS

**SHIRLY SOL SALAS NAVARRO**
CONTRATISTA

REPUBLICA DE COLOMBIA

.

.

ESE CAMU LOS CORDOBAS

Libertad y Orden

## REGISTRO PRESUPUESTAL Nro 00377

A los 9 dia(s) del mes de mayo del 2025.

## CERTIFICA

Que en el presupuesto de gastos de la vigencia fiscal 2025 en el numeral y valores que a continuacion se detallan

| | |
|---|---|
| 2 | GASTOS |
| 2.4 | GASTOS DE OPERACION COMERCIAL |
| 2.4.5 | GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN |
| 2.4.5.02 | ADQUISICIÓN DE SERVICIOS |
| 2.4.5.02.09 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD_ SOCIALES Y PERSONALES |

| Rubro | | Valor |
|---|---|---|
| F.F. 121000 | INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION | Vige: 1 VIGENCIA ACTUAL |
| CLASE: 93192 | Servicios de enfermería | CPC: 93192 |
| 2.4.5.02.09 | S.F.: C CON SITUACION DE FONDOS | 9,612,000.00 |
| Servicios para la comunidad_ sociales y personales | | |
| | Subtotal | 9,612,000.00 |
| | Total | 9,612,000.00 |

SON: NUEVE MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL PESOS

**Objeto** PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION - PIC N°152 -2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) VIGENCIA 2025 EN E

Proveedor 50917115 SALAS NAVARRO SHIRLY SOL

Numero de certificado de disponibilidad presupuestal: 00377, CONTRATO Nro :152

**Politica Publica** 0.0 NO APLICA

María José Velásquez

MARIA JOSE VELASQUEZ
JEFE DE PRESUPUESTO

Elaboro MARIA VELASQUEZ

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION- PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CÓRDOBAS, CELEBRADO ENTRE LA E.S.E CAMU LOS CORDOBAS Y SHIRLY SOL SALAS NAVARRO.**

| | |
|---|---|
| **CONTRATO** | **PIC - PSAG N.° – 152 – 2025.** |
| **CONTRATANTE** | **E.S.E. CAMU LOS CÒRDOBAS** |
| **NIT** | 812003996-1 |
| **CONTRATISTA** | **SHIRLY SOL SALAS NAVARRO** |
| **IDENTIFICACIÓN** | **C.C N° 50.917.115 EXPEDIDA EN MONTERÍA** |
| **OBJETO** | **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION – PIC N° 152 – 2025, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025 EN EL MUNICIPIO DE LOS CÓRDOBAS.** |
| **PLAZO** | **CUATRO (04) MESES Y QUINCE (15) DÍAS** |
| **VALOR** | **NUEVE MILLONES SEICIENTOS DOCE MIL PESOS ($ 9.612.000)** |

Entre los suscritos **JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ,** identificado con la cédula de ciudadanía No**. 6.875.592** Expedida en Montería, quien obra en su condición de gerente y represéntate legal de la Empresa Social Del Estado E.S.E CAMU LOS CORDOBAS, CORDOBA, según consta en Decreto de Nombramiento N.° 254 de 01 de abril de 2024 y acta de posesión N.° 018 del 01 de Abril de 2024 emanada de la Alcaldía del Municipio de los Córdobas, quien obra en el presente acto en calidad de **CONTRATANTE** y que para efecto del presente contrato se denominara la EMPRESA por una parte y por la otra, **SHIRLY SOL SALAS NAVARRO,** identificada con cedula de ciudadanía número **50.917.115** expedida en Montería, hemos acordado el día de hoy nueve (09) de mayo de 2025, dar inicio al contrato arriba referenciado.

Para constancia se firma en el Municipio de Los Córdobas a los nueve (09) días del mes de mayo de 2025.

**JUAN ANTONIO JABIB FLOREZ**
GERENTE E.S.E CAMU LOS CORDOBAS

**SHIRLY SOL SALAS NAVARRO.**
CONTRATISTA

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50917115 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | SHIRLY SOL SALAS NAVARRO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4609904425 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | junio AÑO | 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | junio AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2025/06/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9993104728 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 0 | $ 227.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 227.800** | **$ 0** | **$ 227.800** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 178.000** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.700 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 34.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 34.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 34.700** |

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 50917115 | SALAS NAVARRO SHIRLY SOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 |

| SEGURIDAD SOCIAL – SALUD ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 |

| SEGURIDAD SOCIAL – ARP ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | 50917115 | $ 34.700 |

| PARAFISCALES DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 440.500**

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50917115 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SHIRLY SOL SALAS NAVARRO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4629119163 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES julio AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 91 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/11/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994567013 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 13.000 | $ 0 | $ 227.800 | $ 13.000 | $ 240.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 227.800 | $ 13.000 | $ 240.800 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 10.200 | $ 0 | $ 178.000 | $ 10.200 | $ 0 | $ 188.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 178.000 | $ 10.200 | $ 0 | $ 188.200 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.700 | $ 34.700 | $ 2.000 | $ 0 | $ 36.700 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 34.700 | $ 2.000 | $ 0 | $ 36.700 |

### DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 50917115 | SALAS NAVARRO SHIRLEY SOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES — SEGURIDAD SOCIAL

#### PENSIÓN

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 |

#### SALUD

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 |

#### ARP

| ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | 50917115 | $ 34.700 |

#### PARAFISCALES

| DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 465.700**

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50917115 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SHIRLY SOL SALAS NAVARRO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 4629121141 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto AÑO | 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 62 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/11/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994567461 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.800 | $ 0 | $ 227.800 | $ 8.800 | $ 236.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 227.800 | $ 8.800 | $ 236.600 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 6.900 | $ 0 | $ 178.000 | $ 6.900 | $ 0 | $ 184.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 178.000 | $ 6.900 | $ 0 | $ 184.900 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.700 | $ 34.700 | $ 1.400 | $ 0 | $ 36.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 34.700 | $ 1.400 | $ 0 | $ 36.100 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

**DATOS DEL COTIZANTE**

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 50917115 | SALAS NAVARRO SHIRLEY SOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | | NO |

**NOVEDADES**

| Nº | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN**

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 |

**SEGURIDAD SOCIAL – SALUD**

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 |

**SEGURIDAD SOCIAL – ARP**

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | 50917115 | $ 34.700 |

**PARAFISCALES**

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 457.600**

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50917115 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SHIRLY SOL SALAS NAVARRO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4629121141** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto | AÑO | 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 62 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/11/05 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994567461 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.800 | $ 0 | $ 227.800 | $ 8.800 | $ 236.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 227.800** | **$ 8.800** | **$ 236.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 6.900 | $ 0 | $ 178.000 | $ 6.900 | $ 0 | $ 184.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.000** | **$ 6.900** | **$ 0** | **$ 184.900** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.700 | $ 34.700 | $ 1.400 | $ 0 | $ 36.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 34.700** | **$ 1.400** | **$ 0** | **$ 36.100** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 50917115 | SALAS NAVARRO SHIRLEY SOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | 50917115 | $ 34.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 457.600**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50917115 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SHIRLY SOL SALAS NAVARRO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4629119163** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | julio AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 91 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/11/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994567013 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 13.000 | $ 0 | $ 227.800 | $ 13.000 | $ 240.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 227.800** | **$ 13.000** | **$ 240.800** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 10.200 | $ 0 | $ 178.000 | $ 10.200 | $ 0 | $ 188.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.000** | **$ 10.200** | **$ 0** | **$ 188.200** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.700 | $ 34.700 | $ 2.000 | $ 0 | $ 36.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 34.700** | **$ 2.000** | **$ 0** | **$ 36.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 50917115 | SALAS NAVARRO SHIRLEY SOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | 50917115 | $ 34.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 465.700**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50917115 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SHIRLY SOL SALAS NAVARRO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4609904425** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | junio | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | junio | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/06/26 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9993104728 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 0 | $ 227.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 227.800** | **$ 0** | **$ 227.800** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 178.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.700 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 34.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 34.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 34.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 50917115 | SALAS NAVARRO SHIRLY SOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | 50917115 | $ 34.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 440.500**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50917115 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SHIRLY SOL SALAS NAVARRO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4605602688** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/05/30 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9992821972 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 227.800** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 178.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 178.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 34.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 34.700** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 440.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 440.500** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50917115 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SHIRLY SOL SALAS NAVARRO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4656930329** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | septiembre | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 255 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/06/18 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9997174763 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 182.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 30.300 | $ 0 | $ 182.300 | $ 30.300 | $ 212.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 182.300** | **$ 30.300** | **$ 212.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 142.400 | $ 0 | $ 23.700 | $ 0 | $ 142.400 | $ 23.700 | $ 0 | $ 166.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 142.400** | **$ 23.700** | **$ 0** | **$ 166.100** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 27.800 | $ 27.800 | $ 4.700 | $ 0 | $ 32.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 27.800** | **$ 4.700** | **$ 0** | **$ 32.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 50917115 | SALAS NAVARRO SHIRLEY SOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | | NO | | 24 | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 24 | $ 1.138.800 | $ 182.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 182.300 | EPS002-SALUD TOTAL | 24 | $ 1.138.800 | $ 142.400 | $ 0 | $ 142.400 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 24 | $ 1.138.800 | 50917115 | $ 27.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 411.200**