ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	JUDY MARITZA LOPEZ CIFUENTES		Cédula:	52858468			
Correo Electrónico:	judy.lopez180581@gmail.com		Teléfono(s):	3218302387			
Nombre del Supervisor - Planta:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ		Cargo:	ENFERMERO	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	PLINIO VARGAS PINEDA		Perfil	LIDER DE PROCESO	No. CTO:	3949-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	4427-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	628
PERFIL:	DIGITADOR				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar							
		N04TN19					$ 1.841.719	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.841.719	UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS DIECINUEVE PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		29/03/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2		
						3		
						4	Abril	$ 1.841.719
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.841.719	$ 1.841.719	$ 1.841.719	$ -

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Utilizar las medidas y elementos de protección personal.	Portar adecuadamente los electos de protección personal (tapabocas,bata,monogafas)	Lista de chequeo
2	Realizar el alistamiento del carné y verificar los elementos para el funcionamiento del sistema de información nominal PAIWEB.	Realizar verificación de insumos y elementos necesarios para el cargue en aplicativo PAIWEB Aplicativo SISUR	consolidado sis 150

3	Ingresar diariamente al PAIWEB la información del 100 % de los vacunados, según la estrategia utilizada.	Realizar ingreso de la información al aplicativo PAIWEB	consolidado sis 150
4	Entregar del balance diario, semanal y mensual de las personas vacunadas desagregado por fase, etapa y población priorizada	Realizar ingreso de la información al aplicativo PAIWEB Verificación de carné de vacunación	consolidado sis 151
5	En caso de no aceptación de vacunación en el punto de vacunación, ingresar la información en el PAIWEB.	Realizar ingreso de la información al aplicativo PAIWEB Diligenciamiento PAI DISTRITAL Aplicativo SISUR	Anexo disentimiento
6	Entregar el carné de vacunación ratificando la fecha de la cita para la aplicación de la segunda dosis, (si se requiere).	Realizar ingreso de la información al aplicativo PAIWEB	Formato de sis 150

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: PESOS

ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PROTECCION	$ 908.526		
SALUD		FAMISANAR			
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO	N/A			$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	24057810610

JUDY MARITZA LOPEZ CIFUENTES
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.858.468
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
ENFERMERO

PLINIO VARGAS PINEDA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
LIDER DE PROCESO

2021-02-12

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ CIFUENTES JUDY MARITZA** identificado(a) con **CC** número **52.858.468** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 14 de abril de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20210114201722

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT: San Antonio

Fecha de Radicación: 09 04 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Corporativa [ ] C. Conyugal [ ] D. Familiar [ ] E. Grupal [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Excepción [ ] C. Especial [ ] D. Régimen Especial [X]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Beneficiario [ ] C. Adicional [ ]
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] Código: 3
6. Ocupación: Código

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres			
Lopez	Cifuentes	Judy	Maritza

7. Tipo de documento de identidad	9. Número del documento de identidad	10. Sexo	11. Fecha de nacimiento
CC	52852468	F	14 05 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

12. Etnia	13. Discapacidad	14. Puntaje SISBEN	15. Grupo de población especial	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Cantidad:			Porvenir / Protección

17. Número base de cotización - IBC	18. Residencia				
908.526	Cl 93 A S 14 A 79	719034	3213022937		
J.J.2605@hotmail.com	Bogotá	Usme	Cimarca		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (asignado por la EPS)
C	Colsubsidio Santa Librada	462
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a reportar por la EPS)
Judy Maritza Lopez Cifuentes		52852468	

39. Ubicación				
Cl 93 A S 14 A 79	719034	J.J.2605@hotmail.com	Bogotá	Cimarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización de documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Reactivación de la afiliación en la EPS [ ] Código: [ ] 6. Retiro voluntario de la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de adultos adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de adultos adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o aportante de cotizantes para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de la condición para seguir cotizando [ ] 11. Suspensión a pensionado para cobro de aportes [ ] 12. Traslado a otra entidad administradora para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad A. Régimen: Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado A. Dentro de la misma EPS [ ] B. Dentro de la misma IPS [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del traslado de jurisdicción al cotizante [ ] 17. Reporte de la ciudad de Pre-asignación [ ] 18. Reporte de la ciudad de Preferencia [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad: 09 03 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Famisanar		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de la no afiliación de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de excepción
48. Declaración de residencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que soportan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS realice y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las bases de datos que por sus funciones lo requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular inscrito(s) del titular

VIII. FIRMAS

DAS16249

Famisanar

09 ABR 2021

POR:

IX. ANEXOS

54. Anexo: copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CE	PA	CD	PEP	SC
Cantidad								

Total:

55. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la Entidad Competente
56. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
La terminación de la unión marital
57. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
58. Copia de la patria potestad o del acta administrativa de custodia
59. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el acta de declaración de los padres o la declaración jurada
60. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
61. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliación en colectivo
62. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competente, en la que exonere la calidad de beneficiario o su pérdida de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

63. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	64. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	65. Fecha de radicación	66. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Cargo	Firma del funcionario

Paso 2 Cotizante independiente

Impreso por: [illegible] - Página 1 de 2

ORIGINAL ÚNICA

Colsubsidio

ARL | sura

Medellín, 15 de abril de 2021

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

CERTIFICA:

Que JUDY MARITZA LOPEZ CIFUENTES identificado(a) con cédula de ciudadanía 52858468 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 31/03/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000005 - GESTION DEL RIESGO

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C528584682110560488

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 15/04/2021 4.48 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JUDY MARITZA LOPEZ CIFUENTES Identificado con CC 52858468

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina RESTREPO VALVANERA, con las siguientes características:

Número:	24057810610
Fecha de apertura:	19 de Noviembre de 2015
Saldo disponible:	$359.73
Saldo total a la fecha:	$5,709.73
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 09 del mes Marzo de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO Superintendencia Financiera | Banco Caja Social