227

Cuenta de cobro 006-2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES
CC 1026594104 DE BOGOTA

LA SUMA DE:

Tres millones doscientos setenta y dos mil ochocientos cincuenta y seis pesos
($3'272.856)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6356 de 2021 correspondiente del 4 al 30 de junio de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Claudia Pinzón

CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES
CC 1026594104 DE BOGOTA
Teléfono: 314 279 53 80
Dirección: Calle 59 a sur n° 19 f 30
No Cuenta: 055048842144078 2 Ahorros Davivienda

Fecha: 30/Junio/2021

Scanned by TapScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 6356 2021 **C.D.P. No.:** 1230

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ENTORNO COMUNITARIO

Nombre del Contratista: CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES **C.C.** 1.026.594.104 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-06-04 **Fecha Terminación incial:** 2021-06-30 **Valor Mensual:** $ 3.627.744 **Valor a cobrar:** $ 3.272.856

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 3.272.856	$ 0	0
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.506.819	$ 3.506.819	$ 3.272.856	$ 233.963

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-06-04 **Hasta:** 2021-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital.	Se realizan espacios de centros de escucha para la población.	Actas diligenciadas Listados de asistencia Soporte fotográfico
2	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizacion de el cronograma de actividades mensuales en excel.	Cronograma en excel cargado en el drive
3	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Apoyar las diferentes actividades estableidas por la subred cuando se soliciten.	Listado de asistencia diligenciadas Actas diligenciadas
4	Realizar apropiación conceptual desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS	Lectura de los lineamientos conceptuales de los Centros de Escucha para el acondicionamiento físico y mental.	Acta de apropiación dilongenciadas
5	Participar en la planeación de su competencia de acuerdo al proceso asignado conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS	Aportes desde el perfil de cada profesional para el desarrollo de las actividades del Centro de Escucha.	Listado de de asistencias técnicas
6	Elaborar los informes respectivos que se soliciten y que corresponda a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Elaboración de informes mensuales	Informes enviados al correo del jefe inmediato.
7	Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los equipos territoriales	Participar en las diferentes asistencias técnicas convocadas por los líderes y la Secretaría Distrital de Salud	Acta de reunión Listados de asistencia
8	Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.	Realizar las respectivas notificaciones a las entidades correspondientes.	Ficha de notificación diligenciada
9	Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo	Realizar canalizaciones de los usuarios a los diferentes servicios de salud.	Formatos de canalización enviados
10	Realizar el seguimiento en campo y verificación de productos, metas o actividades al talento humano del proceso a cargo	No aplica	No aplica
11	Generar los espacios que faciliten el direccionamiento técnico y acompañamiento con los equipos operativos asignados	No aplica	No aplica
12	Presentar y responder dentro de los plazos establecidos por los productos, metas o actividades asignadas, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Diligenciar los formatos correspondienres a las actividades realizadas.	Actas diligenciadas y entregadas Fichas técnicas entregadas Listados de asistencia entregados Soporte fotográfico entregado Informe mensual entregado.
13	Responder por la gestión administrativa y financiera para garantizar la ejecución de los productos del proceso asignado.	No aplica	No aplica
14	Responder por el diligenciamiento de los formatos que se generen, en el cumplimiento de sus acciones, con la calidad de datos (integridad, oportunidad,consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Diligenciar correctamente los formatos correspondienres a las actividades realizadas.	Formatos diligenciados entregados
15	Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado.	Diligenciar los tableros de control correctamente y en los tiempos definidos.	Tableros de control diligenciados

Scanned by TapScanner

16	Realizar revisión de las fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones o intervenciones de los equipos territoriales, garantizando la calidad del registro y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Verificar las fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones desarrolladas en los Centros de Escucha.	Actas entregadas Fichas técnicas entregadas Listados de asistencia entregados Soporte forográfico entregado Informe mensual entregado.
17	Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran , para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC.	Implementar los Centros de Escucha con las comunidades definidas	Listados de asistencia Actas diligenciadas
18	Realizar el listamiento y presentación de los soportes para las auditorías externas que se den en el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas.	Verificar cada uno de los documentos para que cumplan con lo requerido en el proceso de la auditoría.	Actas entregadas Fichas técnicas entregadas Listados de asistencia entregados
19	Responder oportunamente por la información requeridos por las diferentes intervenciones de salud pública, la Subred o la SDS.	Hacer entrega y envío de los productos cuando son solicitados	Actas de entrega
20	Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas.	Realizar revisión y corrección de los formatos diligenciados	Formatos diligenciados y entregados
21	Participar en las reuniones y eventos a los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos	Asistir a las reuniones convocadas.	Listados de asistencia de las reuniones
22	Responder por el archivo de la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documentaL	Generar un espacio de organización de documentos para el archivo de acuerdo a los lineamientos.	Actas diligenciadas Documentos organizados de acuerdo a los lineamientos.
23	Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato	Cumplir con las actividades asignadas por el supervisor del contrato.	Actas diligenciadas Listados
24	Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Disposición para el desarrollo de actividades dentro de los espacios de la Subred.	Listados y actas diligenciados

Observaciones: Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro	Claudia Pinzón **Firma del Contratista** **C.C.** 1.026.594.104 **de** BOGOTA

VISTO BUENO PROFESIONAL APOYO TÉCNICO	
NOMBRE:	SANDRA CONTRERAS CC 52371776
CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO TÉCNICO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ANGELICA MORALES DE HERNANDEZ CC.52930764
CARGO:	COORDINADORA ENTORNO COMUNITARIO
FIRMA	

Scanned by TapScanner

Medellín, 08 de junio de 2021

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

CERTIFICA:

Que CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1026594104 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/06/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

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: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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:
C10265941042115948080

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: 08/06/2021 1.21 PM

Dirección IP: 191.156.190.126, 192.230.94.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned by TapScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.594.104**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Mayo del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Scanned by TapScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **28/05/2021**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CLAUDIA LILIANA PINZON PUENTES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1026594104**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488421440782**
Fecha de apertura	**28/05/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Scanned by TapScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14757535100

(415)7707212489984(8020) 000001475753510 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 6 5 9 4 1 0 4	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 6 5 9 4 1 0 4	2 0 1 6 0 4 2 6

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINZON	PUENTES	CLAUDIA	LILIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 59 A SUR # 19 F 30

42. Correo electrónico c.liliana1898@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 9 4 1	3 1 4 2 7 9 5 3 8 0	3 1 3 2 5 6 8 9 6 0

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 2	2 0 2 1 0 5 1 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2021 - 05 - 12 / 18 : 42: 07

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PINZON PUENTES CLAUDIA LILIANA
985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF 12-05-2021 06:42:10PM

Scanned by TapScanner

famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9007703728

9007703728

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

No. de Radicación: 21738256

Fecha de Radicación: 29 | 05 | 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de tramite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código (lo registra la EPS): 3

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

6. Apellidos y nombres	PINZON	PUENTES	CLAUDIA	LILIANA

7. Tipo de documento de identidad: CC — 8. Número del documento de identidad: 1026594104 — 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] — 10. Fecha de nacimiento: 18 | 04 | 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: 0 — 12. Discapacidad: Tipo / Carnet — 13. Puntaje SISBEN: 0 — 14. Grupo de población especial: 20 — 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A — 16. Administradora de pensiones: PORVENIR S. A.

17. Ingreso para la cotización - IBC: $3.600.000 — 18. Residencia: CLL 59A SUR N 19 F 30 — NT — 3142795380

BOGOTA — Zona: Urbana [X] Rural [ ] — DISTRITO CAPITAL

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos basicos de identificacion del conyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad — 21. Numero del documento de identidad — 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] — 23. Fecha de nacimiento

Datos basicos de identificacion 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. Numero del documento de identidad	27. Sexo F / M	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad: Tipo	Carnet	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional lo reconocido por la EPS
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Seleccion de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: 1 CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR — Codigo de la IPS (lo registra por la EPS):

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: PINZON PUENTES CLAUDIA LILIANA — 36. Tipo de documento de identificación: CC — 37. Número del documento de identificación: 1026594104 — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (lo registra por la EPS): NT

39. Dirección: CLL 59A SUR N 19 F 30 — BOGOTA — DISTRITO CAPITAL

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. Terminación de la afiliación [ ] — 6. Reactivación [ ] — 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] — 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] — 9. Traslado de régimen [ ] — 10. Terminación de la novedad [ ] — 11. Suspensión temporal o periodo de los beneficiarios para seguir cotizando [ ] — 12. Reactivación de beneficiarios para cotizar [ ] — 13. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] — 14. Traslado A. Mismo Régimen [ ] — B. Diferente Régimen [ ] — 15. Reporte de fallecimiento [ ] — 16. Reporte de semanas de protección al cesante [ ] — 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] — 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad — Número del documento de identidad — Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] — Fecha de nacimiento

42. Fecha novedad: 29 | 05 | 2021

43. EPS anterior: FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO — Motivo de traslado Código — 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	X
47. Declaración de la no cotización de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	
49. Declaración de la información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	X
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 entidades públicas que por sus funciones la requieran	X
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	X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	X

VIII. FIRMAS

Claudia Pinzón

IX. ANEXOS

54. Anexo: copia del documento de identidad: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] SC [ ] — Folios: Cantidad

55. Copia del documento de identidad permanente ampliado por la autoridad competente.

56. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

57. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

58. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

59. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

60. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada del cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

61. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada del cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

63. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

64. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio — Código del departamento — 67. Datos del SISBEN: Versión — Ficha — Puntaje — Nivel — 68. Fecha de radicación — 69. Fecha de validación

Scanned by TapScanner