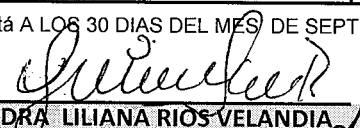
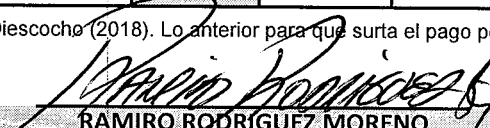


		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA				Versión: 2 Fecha de aprobación: 31/03/2017 Código: 04-02-FO-0002					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				Ramiro Rodríguez Moreno							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		79 334 899		
CORREO ELECTRONICO:				ramrodr64@hotmail.com			CELULAR:		3212202920		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				Unidad SUR paps 10 abastos							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				Oficina de Desarrollo Institucional			SEDE:		Sur		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		T08	100,00%								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				4870193267				PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		SO 3073 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8			
NÚMERO DE CDP		1415	FECHA	22 08 2018	NÚMERO DE CRP		38714	FECHA	31 08 2018		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR APOYO COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
				1	9	2018			30	9	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$ 1 250, 0000									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%							
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO						VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$10.000.000					
VALOR EJECUTADO						\$10.000.000					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1.250.000					
VALOR A LIBERAR						\$0					
SALDO POR EJECUTAR						\$0					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953,105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.											
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
		\$0	\$0	3	\$0	\$0					
Dado en Bogotá A LOS 30 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente											
Cordialmente,											
 DRA. LILIANA RÍOS-VELANDIA NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:					 RAMIRO RODRÍGUEZ MORENO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA						

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD SUR	Sede: PAPS 10 ABASTOS
No. DE CONTRATO:	SO-3073	Periodo certificado desde el
		Día Mes Año a Día Mes Año
		1 9 2018 a 30 9 2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RAMIRO RODRIGUEZ MORENO	C. C. 79.334.899 DE BOGOTÁ

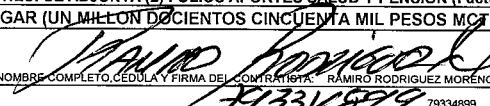
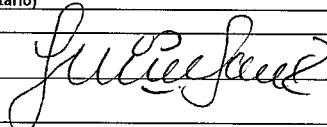
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Auxiliar de Estadística de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ X

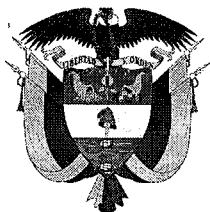
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Informar y adelantar los trámites administrativos relativos a la admisión de pacientes acorde con los procedimientos adoptados por el Hospital	Programado 100%	Se realizó apertura de Historia Clínica de primera vez para los pacientes nuevos, para los servicios prestados por el punto de atención	aproximación 50 historias nuevas
2. Suministrar historias clínicas y registrar las citas de los usuarios para los servicios ambulatorios en los diferentes puntos de atención del Hospital	Programado 100%	Alistar historias clínicas según agendas de cada uno de los profesionales, entrega a cada profesional para cada servicio	400 historias en todo el Servicio
3. Responder por la custodia de las historias clínicas de usuarios, siguiendo procedimientos establecidos de recepción, verificación, archivo y notificación de inconsistencias	Programado 100%	Se efectuó la revisión de las Historias Clínicas entregadas por cada profesional de acuerdo a la relación de entrega hecha por estadística, se entregaron a programas para su registro respectivo, posteriormente se recibieron con relación de entrega por parte de programas y se archivan según número de documento de identidad	400 historias en todo el Servicio
4. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	Programado 100%	Se diligenció y suscribió la agenda con revisión de relación de Historias Clínicas	A los 8 profesionales del servicio
5. Verificar los registros individuales de prestación de servicios diligenciados por los profesionales antes de su digitación y consolidación	Programado 100%	Verificación de número de factura y número de código de Hipócrates, diagnóstico y si se trató de una consulta de primera vez o control, de igual manera revisión de centro de costos,	900 rips
6. Participar en la recolección y procesamiento de la información estadística del punto de atención en el que preste el servicio	Programado 100%	Digitación de RIPS diariamente y envío de la información mensual consolidada a Planeación	900 rips
7. Participar en la administración de los recursos informáticos, según las normas y procedimientos establecidos	Programado 100%	Se cumplieron las normas	al 100%
9. Dar un uso racional a los insumos y equipos suministrados por el Hospital para el desarrollo del objeto de la orden	Programado 100%	Se utilizaron racionalmente los elementos	El consumo de papelería para imprimir las agendas
10. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio	Programado 100%	No se presentaron anomalías	Ninguna
12. Cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la Institución.	Programado 100%	Se cumplieron los procesos establecidos	Se cumplió al 100% las actividades
14. Brindar trato humano, ético y cálido con el cliente interno y externo de la Institución	Programado 100%	Se dio trato cálido a los usuarios y compañeros de trabajo	al 100%
15- Obrar con lealtad y buena fe, evitando todo tipo de dilaciones o entorpecimientos que pudieran entorpecer la gestión del Hospital	Programado 100%	Se obró con buena fe	honestidad en las actividades realizadas a presentar
16- En general apoyar todas y cada una de las actividades tendientes a asegurar el cabal cumplimiento de la orden	Programado 100%	Se realizaron las actividades requeridas para el cumplimiento del objeto contractual	entrega de los informes, agendas y rips digitados según lo requerido
17- Presentar informe mensual de actividades al Supervisor de la orden adjuntando copia del recibo de pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social en los porcentajes que indique la ley para tal fin.	Programado 100%	Se presenta informe mensual de actividades	De los 8 profesionales del Servicio
18- Las demás actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado 100%	Se cumple con las actividades	digitación en el módulo de inventario de historias clínicas 20 días aproximadamente

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (2) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCT \$1.250.000.00):

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: RAMIRO RODRIGUEZ MORENO  79334899	Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 
---	---

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Moreno	NOMBRES Ramiro
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79334899	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 79334899 D.M. 55		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 2 MES OCT AÑO 1964 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA c/ 13 #78d-13 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3212202920 EMAIL ramrodr64@hotmail.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 BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										☒	NOVIEMBRE	1987

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

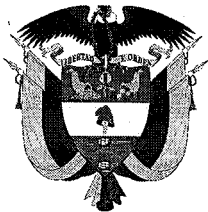
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	4	X	DIBUJANTE PUBLICISTA Y ARQUITECTONICO	3 1993	No especificada

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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
Inglés	X			X			X		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-sep-2018

3

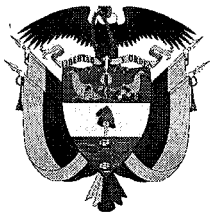
EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD subredsuoccidente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3391850	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 10 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar de estadística	DEPENDENCIA estadística	DIRECCIÓN calle 9 # 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE FONTIBON	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalfontibon.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 8 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO FACTURADOR	DEPENDENCIA FACTURACION	DIRECCIÓN CARRERA 99 No. 16 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SUBA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@esesuba.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 1 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 1 AÑO 2005
CARGO O CONTRATO FACTURADOR	DEPENDENCIA FACTURACION	DIRECCIÓN AVENIDA CRA 104 NO. 152 C 50	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DIGITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE MEISSEN	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalmeissen.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 1996	FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 1 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ESTADISTICA Y	DEPENDENCIA ESTADISTICA Y FACTURACION	DIRECCIÓN CALLE 60G SUR NO. 18 BIS 09	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	22	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	22	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

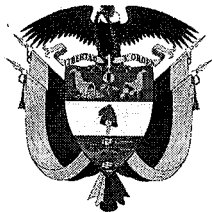
MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 17-sep-2018

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, RAMIRO RODRIGUEZ MORENO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 79334899 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección cll 13 #78d-13

Teléfonos 3212202920 3212202920

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EULOGIO RODRIGUEZ CASTRO	2086	PADRE

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 ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 15.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 15.000.000,00

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
DAVIVENDA	AHORROS	4870193267	TUNAL	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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** ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

Bogotá, Septiembre 18 de 2018

Señor:
RODRIGUEZ MORENO RAMIRO
CC. 79334899 CL 36 69 F 65 NO LA RECUEDA - 4162027
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 Junio 24 de 2003. 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
RODRIGUEZ MORENO RAMIRO	79334899	C	Jun-24-2003	421	0	COTIZANTE	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
COOPERATIVA TRABAJO INTRASALUD CTA	79334899	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA TRABAJO INTRASALUD CTA	79334899	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA TRABAJO INTRASALUD CTA	79334899	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA TRABAJO INTRASALUD CTA	79334899	Dependiente	CERRADO
PRESERVAR CTA	79334899	Dependiente	CERRADO
RAMIRO RODRIGUEZ MORENO	79334899	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
RAMIRO RODRIGUEZ MORENO	79334899	Trabajador Independiente	CERRADO
RODRIGUEZ CRUZ YESID AUGUSTO	79334899	Dependiente	VIGENTE
SA SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.S	79334899	Dependiente	CERRADO
SA SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.S	79334899	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	79334899	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	79334899	Dependiente	CERRADO

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,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Medellín, 18 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que RAMIRO RODRIGUEZ MORENO identificado(a) con cédula de ciudadanía 79334899 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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 SEVICIOS 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%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

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: C793348991826135224

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

18/09/2018 9:47 AM

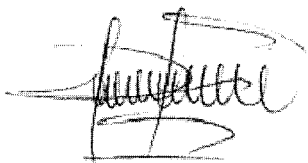
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **RAMIRO RODRIGUEZ MORENO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79334899**, se encuentra afiliado (a) desde **16/08/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado de Salida	10	CITI COLFONDOS	28/01/1999	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/11/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de septiembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.