COPIA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDWIN ROJAS BERMUDEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80903311							
CORREO ELECTRONICO:	edwinrojasbermudezrei@gmail.com				CELULAR:	3115520535							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					CUNDINAMARCA								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	TALENTO HUMANO SG- SST				SEDE:	CUNDINAMARCA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R05-SU45	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Cuenta Corriente							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10082129028								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3268		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 8 de 8	
NÚMERO DE CDP	794	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	22463	FECHA	30/04/2018
NÚMERO DE CDP	959	FECHA	28/05/2018	NÚMERO DE CRP	26272	FECHA	31/05/2018
NÚMERO DE CDP	1107	FECHA	25/06/2018	NÚMERO DE CRP	30394	FECHA	30/06/2018
NÚMERO DE CDP	1231	FECHA	23/07/2018	NÚMERO DE CRP	34500	FECHA	31/07/2018
NÚMERO DE CDP	1417	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	38837	FECHA	31/08/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I EN LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO SUBPROCESO DE CALIDAD DE VIDA DEL TRABAJADOR DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA 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:	$2.707.000							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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:	$21.656.000
VALOR EJECUTADO	$21.656.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.707.000
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 **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $**1.844.293**, 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
	$1.082.800,00	$135.350	$173.248	3	$26.377	**$334.975**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Septiembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

CARMINA QUIROGA BONILLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

EDWIN ROJAS BERMUDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ebel 24/9/18

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	TALENTO HUMANO SG- SST			Sede: CUNDINAMARCA						
No. DE CONTRATO:	3268	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDWIN ROJAS BERMUDEZ		C. C.	80,903,311			DE	Bogota	

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I EN LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO SUBPROCESO DE CALIDAD DE VIDA DEL TRABAJADOR DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Implementar, desarrollar y mantener el programa de radiaciones ionizantes de la subred intergrada de servicios de salud sur occidente E.S.E.	SI	Se realiza entrega de lecturas de dosimetria a los lideres de servicio y entrega de dosimetros a cada uno de los colaboraores. Se realiza actualizacion del programa de radiaciones ionizantes.	Correo electronico y lista de asistencia. 82 Dosimetros y 05 Grupos de lecturas.
Mantener actualizados los análisis de vulnerabilidad y riesgo de todas las sedes	SI	Visitas de cambio, mantenimiento y recarga de extintores en sedes administartivas, asistenciales y vehiculos de la subred sur occidente. Se ejecuta contrato para extintores. Se coordino la instalacion de candados en los gabinetes contra incendio de la unidad kennedy	informes y formatos de Inspección. 02 sedes con 60 equipos. 36 candados
Mantener actualizada la señalización de emergencias, incluidos planos de rutas de evacuación	SI	Mantener debidamente señalizadas en emergencias las sedes. Se gestiona la adquisición de señalización para zonas de expansión según metodología triaga start	Correos y señalizacion. Actualizacion del Plan de gestion del riesgo e inclusion de zonas de expansion.
Participar en las mesas de acreditacion	SI	Se genera presentacion de los estandares 123 y 124. actualizacion de planes de mejora y avances en las oportunidades de mejora. Se brindan recomendaciones en temas de SST para la construccion de la torre de kennedy.	Actas de asistencia. Seguimiento a las 04 OM en el aplicativo almera.
Planear, Hacer, Verificar y Ajustar los simulacros y simulaciones por contingencias	SI	Planear, hacer, verificar y ajustar los simulacros y simulaciones por contingencias. Se realiza cronograma de simulacros vigencia 2018. Se presenta cronograma ante la SDS e inclusion del mismo en el PHE. Se realiza acompañamiento en la elaboracion de plan de contingencia de agua y plantas electricas.	Formatos de evaluacion e informe. 01 Plan de contingencia.
Planear, Hacer, Verificar y Ajustar el programa de capacitaciones para la Brigada de Emergencia, Comité Hospitalario de Emergencias, colaboradores, usuarios y visitantes, proceso de inducción y reinducción.	SI	Realizar procesos de entrenamiento al cargo, según los riesgos ocupacionales expluestos. Se genera plan de capacitacion para la brigada y comité. Se inscriben a los participantes en la plataforma virtual SURA. Se realiza seguimiento al avance de la participacion de los brigadistas enla plataforma. 140 certificados se han generado a brigadistas de emergencias.	Actas de asistencia. Plataforma Virtual.
Coordinar la Brigada de Emergencias	SI	Coordinar las capacitaciones de la brigada de emergencia (esenario, instructor, temas). Para el mes se realizo inscripcion para brigadistas al colegio gestion del riesgo 142 inscritos.	Correo electronico y lista de asistencia. 140 brigadistas certificados.
Realizar autocontrol y los informes de las actividades propias del cargo.	SI	Archivo general.	Unidades de conservacion y carpetas. 08 Carpetas.
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	SI	Revision, actualizacion y gestion de normalizacion de documentos en la intranet. Se revisa PHE su actualizacion con matriz de puntuacion 92 % de cumplimiento. Se realiza sensibilización en temas de emergencias en espacios de ULC.	Plan actualizado 4 version. 87 personas sencibilizados.
Planear, Hacer, Verificar y Ajustar los planes de mejoramiento que del programa de Plan de emergencias se deriven	SI	Realizar apoyo en la planeacion y ejecucion del subsistema de seguridad y salud en el trabajo. Para el mes se realizo apoyo en las actividades de reporte de accidentes laborales e investigacion de accidentes laborales, sensibilización en plan de emergencias, entrega de dosimetros, Se participa en la reunion mensual por parte de la SDS en temas de Planes Hospitalarios.	Reportes por aplicativo - resolucion y oficio 208 intervenciones en seguridad y salud en el trabajo.
Mantener actualizados los análisis de vulnerabilidad y riesgo de todas las sedes	SI	Inspecciones rutinarias y no rutinarias a las sedes (extintores, detectores, elementos para la atención de emergencia).	informes y formatos de Inspección. 60 equipos.
Implementar, desarrollar y mantener el programa de trabajo seguro en alturas de la subred intergrada de servicios de salud sur occidente E.S.E	SI	Se proyecta solicitud para la realizacion de examenes con enfasis en alturas al personal de planta. Se Solicito examenes con enfasis de trabajo seguro en alturas para el personal de contrato. Se realiza Diligenciamiento de 10 hojas de vida de los equipos de alturas.	01 Formato de bienes y servicios. 10 hojas de vida de equipos.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): dos millones de pesos $ 2707,000

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:____EDWIN ROJAS BERMUDEZ___C.C. 80,903,311_____

Fecha : 30/09/2018 Firma de recibido supervisor:_____

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del c

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 20-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ROJAS	BERMUDEZ	EDWIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80903311

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 80903311 D.M 21

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES SEP AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CR 88 F 57 36 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3115520535

EMAIL edwinrojasbermudez@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES AGOSTO AÑO 2008

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 ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		ADMINISTRADOR EN SALUD OCUPACIONAL	11	2016	15168
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	7	2009	No especificada
MG	1		X	sin especificar			

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
Ingles		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 20-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	edwinrojasbermudezrei@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3115520535	DIA 14 MES 8 AÑO 2012	DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Universitario	Talento Humano	Calle 19 a 34 94	

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	6	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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 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)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 20-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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 20-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EDWIN ROJAS BERMUDEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80903311 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CR 88 F 57 36 SUR **Teléfonos** 3115520535 3115520535

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUZ EMILCE BERMUDEZ PEDRAZA	51810779	MADRE

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	$ 24.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 24.000.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	10082129028	KENNEDY	$ 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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 20-sep-2018

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
YEIMMY PAOLA CASTRO CASTILLO	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	1012323952

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 20-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROJAS BERMUDEZ EDWIN** identificado(a) con **CC** número **80.903.311** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de febrero de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de septiembre de 2018.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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 clientes@proteccion.com.co

2018092012431

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) EDWIN ROJAS BERMUDEZ identificado(a) con cedula ciudadania 80.903.311 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	755

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
EDWIN STIVEN ROJAS CASTRO	HI	1011103795	TI	20170301	0	Activo	524
YEIMMY PAOLA CASTRO CASTILLO	CY	1012323952	CC	20170301	0	Activo	700
YEIMMY NATALIA ROJAS CASTRO	HI	1023302548	TI	20170301	0	Activo	737

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED SUR OCCIDENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

ARL | sura

Medellín, 20 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que EDWIN ROJAS BERMUDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 80903311 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 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: 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 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%

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:C809033111826343270

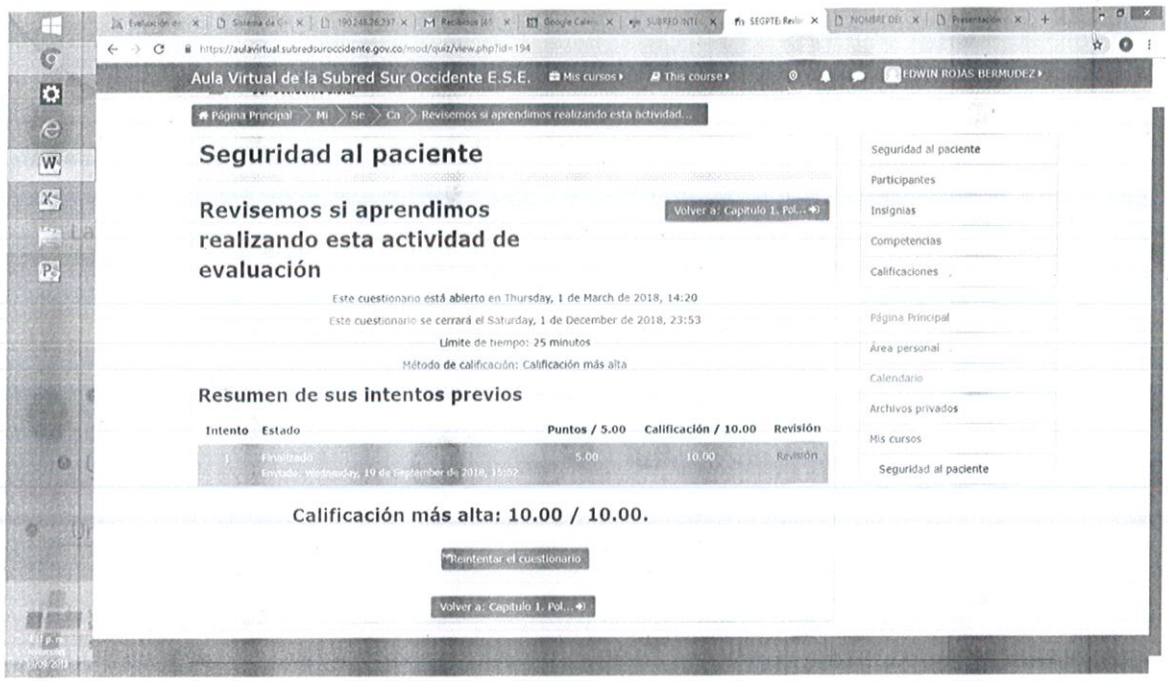
Atentamente,

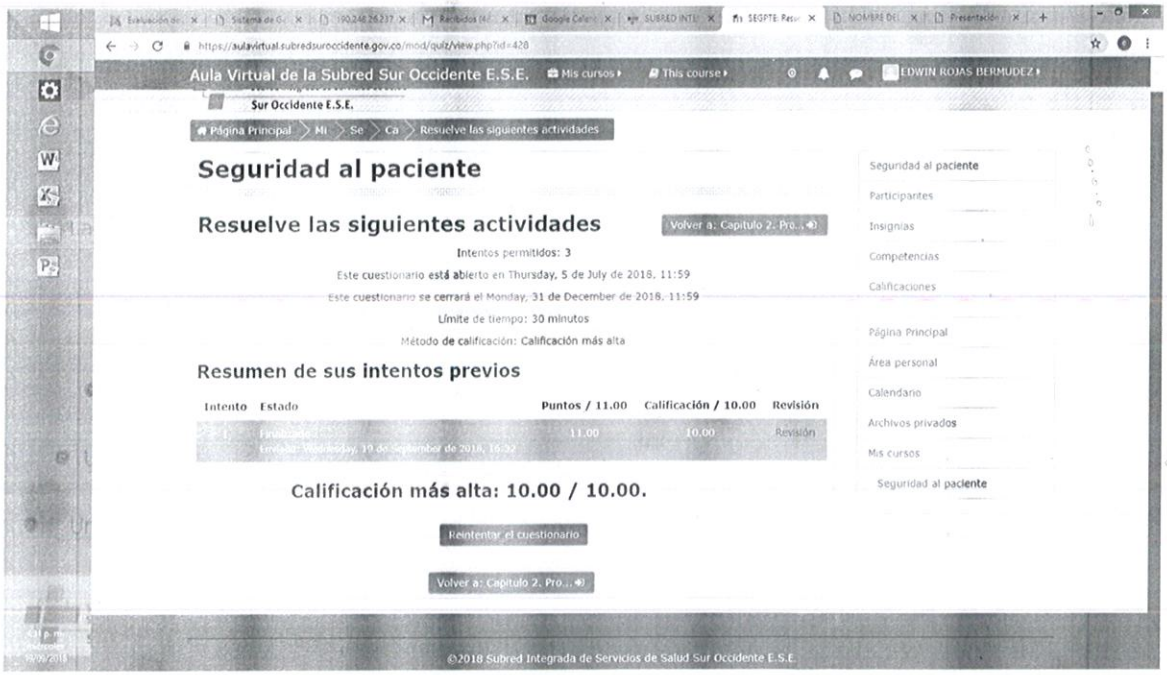
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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: 20/09/2018 12.01 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


https://aulavirtual.subredsuroccidente.gov.co/mod/quiz/view.php?id=194
Aula Virtual de la Subred Sur Occidente E.S.E.
Mis cursos
This course
EDWIN ROJAS BERMUDEZ
Página Principal
Revisemos si aprendimos realizando esta actividad...
Seguridad al paciente
Revisemos si aprendimos realizando esta actividad de evaluación
Volver a: Capítulo 1. Pol...
Este cuestionario está abierto en Thursday, 1 de March de 2018, 14:20
Este cuestionario se cerrará el Saturday, 1 de December de 2018, 23:53
Límite de tiempo: 25 minutos
Método de calificación: Calificación más alta
Resumen de sus intentos previos
Intento Estado Puntos / 5.00 Calificación / 10.00 Revisión
1 Finalizado 5.00 10.00 Revisión
Enviado: Wednesday, 19 de September de 2018, 15:52
Calificación más alta: 10.00 / 10.00.
Reintentar el cuestionario
Volver a: Capítulo 1. Pol...
Seguridad al paciente
Participantes
Insignias
Competencias
Calificaciones
Página Principal
Área personal
Calendario
Archivos privados
Mis cursos
Seguridad al paciente


https://aulavirtual.subredsuroccidente.gov.co/mod/quiz/view.php?id=428
Aula Virtual de la Subred Sur Occidente E.S.E.
Mis cursos
This course
EDWIN ROJAS BERMUDEZ
Sur Occidente E.S.E.
Página Principal
Resuelve las siguientes actividades
Seguridad al paciente
Resuelve las siguientes actividades
Volver a: Capítulo 2. Pro...
Intentos permitidos: 3
Este cuestionario está abierto en Thursday, 5 de July de 2018, 11:59
Este cuestionario se cerrará el Monday, 31 de December de 2018, 11:59
Límite de tiempo: 30 minutos
Método de calificación: Calificación más alta
Resumen de sus intentos previos
Intento Estado Puntos / 11.00 Calificación / 10.00 Revisión
Finalizado 11.00 10.00 Revisión
Enviado: Wednesday, 19 de September de 2018, 16:32
Calificación más alta: 10.00 / 10.00.
Reintentar el cuestionario
Volver a: Capítulo 2. Pro...
©2018 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Seguridad al paciente
Participantes
Insignias
Competencias
Calificaciones
Página Principal
Área personal
Calendario
Archivos privados
Mis cursos
Seguridad al paciente