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-sep.-21	Hasta:	30-sep.-21	
Nombre del Contratista:	zally katherin rodriguez velasco		Cédula:	1033748706	
Correo Electrónico:	zallykatherinrodriguezvelasco@gmail.com		Teléfono(s):	3115221525	
Nombre del Supervisor - Contratista:	KAREN LORENA VARGAS PRADILLVE		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO: 0058-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	057063	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	2356
PERFIL:	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	VISTA HERMOSA				

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	Ocultar							
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 2612819-2021		VISTA HERMOSA	K29PI819				$ 2.232.442	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.232.442	DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/09/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/11/2021	
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		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9	Septiembre	$ 2.232.442
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.697.326	$ 6.697.326	$ 2.232.442	$ 4.464.884

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	APOYAR EN LA ADECUADA IMPLEMENTACION DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA EL MANEJO, LA PREVENCION, CONTENCION Y MITIGACION DE LA PANDEMIA POR COVID-19.	CAPACITACIONES DE MANEJO DE PREVENCION DE COVID 19	ACTAS MANUELAS
2	DILIGENCIAR EL INSTRUMENTO DE REGISTRO DE CONDICIONES AL INGRESO DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS DE LA IED ASIGNADA, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO DEL MEN, LA SED Y RESPECTIVO PROTOCOLO INSTITUCIONAL	REGISTRO DE INGRESO DE INGRESO DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES, Y ADMINISTRATIVOS AL PLANTEL EDUCATIVO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD	PLANILLAS DE ASISTECIA DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS PLANTELES EDUCATIVOS.
3	EFECTUAR BAJO LA DIRECTRIZ DE LA IED ASIGNADA, EL REPORTE DE CASOS COVID19 EN LA IED, EN EL FORMULARIO ALOJADO EN LA PAGINA INSTITUCIONAL DE LA SED.	REPORTAR POSIBLES CONTAGIOS DE COVID 19 EN LA IED	REGISTRO DE SISTOMAS POR POSIBLE CONTAGIO DE COVID 19
4	APLICAR DE MANERA INMEDIATA EL PROTOCOLO DE LA IED MANEJO INICIAL A PRESUNTOS CASOS COVID 19 Y ACTIVAR RUTA DE ATENCION.	MANEJAR DIRECTRICES DE BIOSEGURIDAD POR CONTAGIO DE COVID 19	RUTAS DE AVENCION POR CONTAGIO DE COVID 19.
5	ADELANTAR ACCIONES PEDAGOGICAS CON LA COMUNIDAD EDUCATIVA (ESTUDIANTES, DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVA) PARA LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR COVID 19 EN LA SEDES DE LA IED ASIGNADA, DURANTE LAS FECHAS Y HORAS ACORDADAS PREVIAMENTE CON EL (LA) RECTOR (A) DEL COLEGIO.	CAPACITACIONES DE MANEJO DE BIOSEGURIDAD Y PREVENCION DE CONTAGIO POR COVID 19	ACTAS DE ASISTENCIA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES,DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO

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

6	ADELANTAR ACCIONES PEDAGOGICAS PARA LA PROMOCION EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA MITIGACION DE CONTAGIO POR COVID 19, EN LA SEDES DE LA IED ASIGNADA, CUIDANTE LAS FECHAS Y HORAS ACORDADAS PREVIAMENTE CON EL (LA) RECTOR (A) DEL COLEGIO.	ACTIVIADES DE BUEN MANEJO DEVIDA SALUDABLE PARA LA MITIGACION DE CONTAGIOSO	REGISTRO DE ACTAS DE ASITENCIA A LAS DIFERENTES CAPACITACIONES
7	PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE CAPACITACION QUE EFECTUE LA SED Y LA SDS PARA FACILITAR EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES EN LA IED ASIGNADA Y SUS RESPECTIVAS SEDES.	ASISTIR A LAS CAPACITACIONES ASIGNADAS POR LA SED PARA FACILITAR EL BUEN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN SUS RESPECTIVAS SEDES.	LISTAS DE ASISTENCIA
8	ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTINGENCIA POR COVID 19 EN EL MARCO DE LA REAPERTURA GRADUAL, PROGRESIVA Y SEGURA (RGPS)	ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR EL COMITE INSTITUCIONAL DE CONTINGENCIAS.	LISTAS DE ASISTENCIA
9	APOYAR AL COMITÉ PARITARIO DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO- COPASST - Y A LA BRIGADA ESCOLAR INSTITUCIONAL EN LA ACTUALIZACION DE LOS PLANES ESCOLARES DE GESTION DEL RIESGO, DONDE SE INCLUYE EL PROCEDIMIENTO OPERATIVO NORMALIZADO POR COVID 19	DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES EN SALUD, REALIZAR ACTUALIZACION DE LOS PLANES ESCOLARES PARA LA MITIGACION Y POSIBLES RIESGOS DE CONTAGIO POR COVID 19.	ACTAS DE REUNIONES
10	PRESENTAR INFORMES MENSUALES DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL	PRESENTACION DE PLANES DE TRABAJO, ACTAS Y LISTAS DE ASISTENCIA.	INFORMES MENSUALES
11	SEGUIR LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCION SOCIAL, ASI COMO DE LAS AUTORIDADES PO COVID 19, ASI COMO CONSULTAR Y PONER EN PRACTICA LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD EN LA PREVENCION DEL COVID 19.	CUMPLIR Y PONER EN PRACTICA LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO AL MINISTERIO DE SALUD EN LA PREVENCION DEL COVID 9.	LISTAS DE CHEQUEO.

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

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos (personales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	porvenir	$ 908.526		
SALUD		famisanar			
ARL	3	bolivia s.a			
CAJA DE COMPENSACION	NO	XXXX			$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	24102948787

Zally Rodriguez

zally katherin rodriguez velasco

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

1.049.744.706

CC. NO. CONTRATISTA

KAREN LORENA VARGAS PIRAQUIVE

NOMBRE DEL SUPERVISOR

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

VBO Anderson

0

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

0

2023-02-12

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 2 9 1 1 5 8 7 *

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Rodriguez	Segundo Apellido: Velasco	Primer Nombre: Zelly	Segundo Nombre: Katherin

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1033744706	Femenino X Masculino	D 8 M 5 A 9 9 2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P	B2		Bolivar	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
908.526	Dirección: Kr 17 A Sur # 77 A 04 Sur		Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3115221525
Correo electrónico: zallykatherinrodriguezvelasco@gmail.com	Municipio / Distrito: Bogota	Zona Urbana X Rural	Localidad / Comuna: Ciudad Bolivar	Departamento: Cundinamarca

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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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	
			Femenino	Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo			Condición							
	F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
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 (a registrar por la EPS)
C		
B	Famisanar Colsan	
B		
B		
B		
B		

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 registrar por la EPS)
Zelly Katherin Rodriguez Velasco	CC	1033744706	

39. Ubicación

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO

Logo de la EPS: Espacio destinado a la EPS.

Número de radicación: número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.

Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o electrico.
Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, tramite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación:
Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades:
Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual:
La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.
Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva:
La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional:
La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio:
La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social — UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen:
Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado:
Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad.

Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante:
Marque con una X la opción que corresponda:

Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO

CN	Certificado de Nacido Vivo, es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación, y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Registro Civil de Nacimiento, es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	Pasaporte es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	Carné Diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de Permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de Refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad:
Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:
Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia:
En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena.
02	Rom (gitano).
03	Raizal (San Andrés y Providencia).
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), afrocolombiano(a).

12. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental

Condición de discapacidad:
Marque con una X la opción: **T:** Temporal **P:** Permanente.

13. Puntaje SISBÉN:
Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial:
Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF
08	Población desmovilizada
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena
18	Población Rom.
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.
Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales — ARL:
Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones:
Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre

20. Tipo de documento de identidad:
Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad:
Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres:
Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad:
Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad:
Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco:
En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge.	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera(o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco(25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MO	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho(18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional.	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia:
Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental

Condición de discapacidad:
Marque con una X: **T:** Temporal **P:** Permanente.

32. Datos de residencia:
Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud —IPS:
Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:

SEGUROS
BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
Identificada con NT No. 900958564

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909506, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1033744706	ZALLY KATHERIN RODRIGUEZ VELASCO	ASISTENCIAL	3	2.436%	08/09/2021	07/10/2022	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 10 de Septiembre del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

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 800.250.305-4

CERTIFICA QUE:

ZALLY KATHERIN RODRIGUEZ VELASCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.744.706**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Agosto del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Banco Caja Social
La banca amiga.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ZALLY KATHERIN RODRIGUEZ VELASCO Identificado con CC 1033744706

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina CIUDAD TUNAL. con las siguientes caracteristicas:

Número:	24102948787
Fecha de apertura:	23 de Noviembre de 2020
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 INTERESE, el 26 del mes Agosto de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

g5TX6Ltodi

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

ZALLY KATHERINE RODRIGUEZ VELASCO

1033744706

Desarrolló el curso de INDUCCION GENERAL, con una intensidad de 16 horas

Para constancia se firma

septiembre 20, 2021