| 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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARIA CAMILA RAMIREZ CHAPARRO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.136.888.202 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | mariacamila904@gmail.com | | | | CELULAR: | 3202154241 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FONTIBON | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | MEDICINA INTERNA - BOSTON | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO02I06 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 0.550001900293927 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 6926-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | 1 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1243 | FECHA | 13/08/2021 | NÚMERO DE CRP | 42951 | FECHA | 19/08/2021 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar apoyo como Profesional como MEDICO HOSPITALARIO II, dentro de los diferente proceso y porcedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la Institución.** | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 9 | 2021 | | 30 | 9 | 2021 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $31.862 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | RESERVA DE GLOSA 0 % | | | | | | | |

OBSERVACIONES: HORAS SEPTIEMBRE 192

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $8.296.865 |
| VALOR EJECUTADO | $6.117.504 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $6.117.504 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2.179.361 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 74% |

**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 $ 2.371.315 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL 2,436% | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $0 | $0 | $0 | 3 | $0 | **$0** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**RODOLFO DUARTE CELY**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**MARIA CAMILA RAMIREZ CHAPARRO**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud Sur Occidente E.S.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | MEDICINA INTERNA - BOSTON | | | | | **Sede: UNIDAD FONTIBON** | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 6926-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | | |
| | | | 01 | 09 | 2021 | | 30 | 09 | 2021 | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MARIA CAMILA RAMIREZ CHAPARRO | | **CC** | 1.136.888.202 | | | **DE** | BOGOTA | | | |

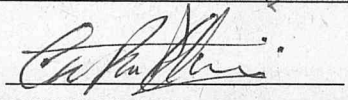
**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar apoyo como MEDICO GENERAL HOSPITALARIO en el area de MEDICINA INTERNA , dentro de los diferente proceso y porcedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la Institución.

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO _____**

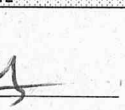
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Dar cumplimiento a lo estandadres de producción del servcio asignado según los tiempos establecidos por la institución | 100% | Cumplo con los tiempos establecidos por la institución para dar cumplimiento a los estandares de producción. Cumplir el tiempo de atención establecido por la institución para realizar evoluciones médicas y trámites de egreso hospitalario. | Evoluciones, ingresos, epicrisis y papeleria de egreso. |
| Entregar turno según los protocolos establecidos para el servicio en el cual realice sus actividades porfesionales | 100% | Verifica en cuadro de entrega de turno el Médico asignado para recibir el turno. Llegar al servicio en los siguientes horarios: 7 am - 1 pm, vistiendo el uniforme correspondiente al servicio y carnet institucional. Saludar al profesional de salud (médico) que entrega turno y presentarse con nombre y apellido. Saludar al paciente, presentar al médico que recibe turno. Cumplir en el transcurso del cambio de turno la adherencia a los 5 momentos del lavado de manos. Utilizar las medidas de bioseguridad de acuerdo con el aislamiento y los protocolos de la institución. Garantizar la siguiente información del usuario: nombres y apellidos completos, edad, diagnósticos, tratamiento e indicaciones médicas, examenes pendientes y/o interconsultas, tipo de aislamiento. Diligenciar de forma clara y legible el instructivo de entrega de turno. | Asistir de forma habitual según turnos programados, verifico previo a la atencion del paciente los 4 inequivocos para la identificacion, se da informacion verbal y se explica a pacientes y familaires, lavado de manos en 5 momentos, cumplimiento de normas de bioseguridad uso de bata cerrada y tapabocas, guantes etc. |
| Cumplir con los turmos asignados según la programacion publicada. | 100% | Conoco y doy cumplimiento a la programación de turnos asignados por el lider del servicio. Informar de forma oportuna y entregar por escrito el formato de cambio de turnos. | Cumplo con mis turnos programados, en caso de requerirse cambio de turno se diligencia formato de cambio de turno, aviso a mi Líder en caso de calamidad. |
| Diligenciar de manera completa legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la Resolucion 1995 del año 1999. | 100% | Registro de forma completa y coherente: evolución del paciente, antecedentes clínicos, tratamiento , procedimientos instaurados en el paciente, aspectos pendientes a realizar en la historia clinica sistematizada, incidentes y eventos adversos, que se presenten durante la estancia hospitalaria. Realizar de forma completa el egreso y epicrisis de forma sistematizada. | Registro completo de la historia clínica: evoluciones, referencias, epicrisis , formulas de egreso y recomendaciones. |
| Garantizar la información al usuario y a su familia sobre su estado de salud. | 100% | Brindo información al paciente en las rondas médicas sobre su estado de salud, reportes paraclinicos, aspectos pendientes a realizar y remisiones. Brindar información clara a los familiares en los horarios de visita y /o los designados por el servicio, verificando el conocimiento y comprensión de la información. | Se brinda informacion verbal y se explica la paciente y familiar, se hace uso de la estrategia de cominución redundante, se entregan recomendaciones de egreso por escrito tambien, se explican formulas médicas. |
| Hacer seguimientos a los pacientes de acuerdo a los procedimientos de cada uno de los servicios. | 100% | Realizo la planeación de la evolución médica, asignando responsabilidades durante el turno según disponibilidad del recurso humano. Evaluar evolución o mejoras clínicas y disminución de los riesgos, interrogar signos y sintomas, evolución, valorar nuevamente, análizar evolución del estado clínico y resultados de los procedimientos diagnósticos y/o terapeúticos. Proyectar y registrar un plan de manejo en la historia clínica | Se valoran pacientes priorizando según complejidad, se valoran los pendientes y recomendados según la recomendación de la entrega de turno. |
| Adherirse a las guias de manejo institucionales. | 100% | Conozco las guías de manejo institucionales del servicio de hospitalización y actualización de las mismas cuando asi se realice. Adherirse a los procesos establecidos en las guías de manejo para la atención médica en el servicio de hospitalización. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencie adherencia a las guías médicas. | Conozco las guias institucionlaes, en caso de Md hospitalario, se consignan los manejo y conductas según la directriz dada por el especialista. |
| Cumplir y vigilar la adherencia de asepsia y antisepsia y adherencia al del manual de Bioseguridad. | 100% | Me adhiero a los cinco momentos de lavado de manos, durante el desempeño de las actividades en el servicio de hospitalización. Conocer el manual de bioseguridad de la institución y adherirse a los procesos que se describen. | me adhiero a manula de bioseguridad, lavado de manos se hacen observaciones a pares y dem´s compañeros de trabajo en caso de detectar alguna falla. |
| Diligenciar los formatos de notificacion obligatoria eventos adversos e infecciones intrahospitalarias | 100% | Conoco los eventos del servicio de urgencias, que requieren de notificación y reportar de forma oportuna. Garantizar el diligenciamiento completo y veras de la información solicitada en las fichas de notificación. Asegurar la entrega de las fichas de notiticación al jefe de turno y/o auxiliar del servicio de epidemiologia para el posterior seguimiento. | En los caso pertinentes diligencio formatos de notificacion obligatoria, certificados de defunción oportunamente. |
| Cumplir con las normas, procedimientos y manules establecidos por la institucion. | 100% | Conocer y adherirse a las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución y la actualización de las mismas cuando asi se realice. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencia adherencia. | Cumplimiento con adherencia. |
| Realizar las acciones necesarias que garanticen la aplicación de cadena de custodia en los casos que se requieran. | 100% | Identifico y realizo las acciones que garanticen la adecuada aplicación de la cadena de custodia. Informar a la jefe de turno y/o persona correspondiente para garantizar el mantenimiento de la cadena de custodia. | No aplica habitualmente. |
| Realizar la referencia y contraferencia con se requiera, dentro de las estrategea de redes de servcios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan. | 100% | Diligencio de forma oportuna y completa el formato de referencia y contra referencia cuando se requiera. Informar al usuario y sus familiares, acerca del proceso de referencia y contrareferencia. Realizar la actualización del formato de referencia y contrareferencia, cuando asi se requiera. | Se realizan los formatos de refernecias completos y oprotunamente |
| Todas las demas activiades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato. | 100% | Mantengo la disposición para realizar las actividades asignadas por el supervisor del contrato y a fines. Conocer los procesos y adherirse a los mismos del área de trabajo asignada, según corresponda. | Con disposición a colaborar en actividades en pro de la mejora continua |
| Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad oportunidad y de otra indole que tenga responsabilidad el contratista. | 100% | Asumire el 100% de la glosa generada por la firma interventora, según corresponda. | No aplica, pues ya no hay retención por glosa. |

**OBSERVACIONES:** 192 **HORAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE**

| **OBSERVACIONES:** | **$** | **6.117.504** | **SEIS MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS M/CTE** |
|---|---|---|---|



**CONTRATISTA:MARIA CAMILA RAMIREZ CHAPARRO - C.C.#1.136.888.202**



**SUPERVISOR: RODOLFO DUARTE CELY**

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

**Fecha : SEPTIEMBRE 2021**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicado | Fecha de Radicado: 14 01 91 20 12 1

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de planilla: A. Afiliados [ ] B. Reporte de novedades [X]
2. Tipo de cotizante: A. Independiente [ ] Cotizante o cabeza de familia [ ] Beneficiario o miembro adicional [ ] B. Cotizante [ ] C. Institucional [ ] D. Pensionado [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ] C. Excepción [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cónyuge [ ] C. Hijo [ ] D. Padres [ ] E. Otros [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código otorgado por la EPS: 003

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

6. Apellidos y nombres: Romirez | Chapara | Mara C. | Camila.
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1136888202
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 01 01 21 19 91 3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (datos personales)

11. Etnia: 1
12. Discapacidad: Tipo [ ] Cantidad [ ]
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Nombre madre de crianza: Protección
17. Ingreso base de cotización - IBC: 2.144.600,6
18. Residencia: Cra 68 a # 22a - 96 | 4781314 | 3201894241
Correo electrónico: mara.camila.90@gmail.com | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Municipio: Chapinero | Departamento: Bogotá

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

19. Apellidos y nombres:
20. Tipo de documento de identidad:
21. Número de documento de identidad:
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento:

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |

| | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo | Cantidad | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC adicional (si aplica por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | |

Solo debe ser diligenciado por la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (asignado por la EPS) |
|---|---|---|
| 01 | | |
| 02 | | |
| 03 | | |
| 04 | | |

35. Observación:

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

36. Nombre o razón social: TU DEPENDIENTE
37. Tipo de documento de identificación:
38. Número del documento de identificación:
39. Tipo de aportante o pagador para afiliados a reportar por la EPS:

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos para terminales [ ]
5. Terminación de la inscripción de la EPS [ ] Código [ ]
6. Participación en la EPS [X]
7. Inclusión de beneficiario o de afiliado adicional [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliado adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Traslado:
A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado:
A. Otro Régimen [ ] B. Entre los Regímenes [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del Traslado de prestación al cotizante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Independiente [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:
Tipo de documento de identidad:
Número de documento de identidad:
Área: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento: Día 8 Mes 10 Año 2021
42. EPS anterior:
43. Motivo de traslado: Código [ ]
44. Caja de Compensación Familiar a la cual pertenece:

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

45. Declaración de dependientes económicos de los beneficiarios y adultos adicionales: [ ]
46. Declaración de la no afiliación de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción: [ ]
47. Declaración de asistencia de cuidador de fuerza propia o social de la persona con discapacidad que no requiere la condición de beneficiario: [ ]
48. Declaración de autorización del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en esta novedad a Prosperar de Servicios de Salud: [ ]
49. Autorización para que la EPS acceda y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales: [ ]
50. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades y la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran: [X]
51. Autorización para que la EPS realice las visitas domiciliarias del cotizante y demás beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013: [X]
52. Acepto expresamente para que la EPS envíe notificaciones al correo electrónico y al celular como mecanismo de envío: [X]

VIII. FIRMAS

1136888202

IX. ANEXOS

53. Anexo copia del documento de identidad: CN [X] Cant [ ] RC [X] Cant [ ] TI [X] Cant [ ] CC [X] Cant [ ] PA [X] Cant [ ] CE [ ] Cant [ ] DO [ ] Cant [ ] SC [ ] Cant [ ] Tarjeta [ ]
54. Copia del registro civil de nacimiento, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital: [X]
55. Copia de la escritura pública o providencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sentencia judicial que declare la separación de bienes: [ ]
56. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor: [ ]
57. Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente: [ ]
58. Copia del documento de identidad del padre o madre: [ ]
59. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que exonera la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio: [ ]
60. Declaración en que conste la falta de la patria potestad, o el particular en el lugar de las cuales se hace la declaración, suscrita por el defensor, padre o ascendiente de los dos grados: [ ]
61. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud: [ ]
62. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: [ ]
63. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que exonera la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio: [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

64. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio: | Código del departamento:
65. Datos del SISBÉN: número de ficha: | Puntaje: | Nivel:
66. Fecha de radicación:
67. Fecha de validación:
68. Datos del funcionario que realiza la validación:
Tipo de documento de identidad: | Número de documento de identidad:
69. Firma del funcionario:
OBSERVACIONES: Octubre

15 SEP 2021

29. MARTHA E. PINZON ROJAS
SUJETO A VERIFICACIÓN

Autorizo que con la firma del formulario se declara bajo la gravedad de la información registrada y de los documentos contenidos en el capítulo VII del formulario

Vigilado Supersalud

Escaneado con CamScanner

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **RAMIREZ CHAPARRO MARIA CAMILA** identificado(a) con **CC** número **1.136.888.202** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de julio de 2020 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de septiembre de 2021.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

202109081927

ARL | sura

Medellín, 08 de septiembre de 2021

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

## CERTIFICA:

Que MARIA CAMILA RAMIREZ CHAPARRO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1136888202 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 21/08/2021 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E 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% **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:
C11368882022125169480

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: 08/09/2021 7.18 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MARIA CAMILA RAMIREZ CHAPARRO**

**C.C 1.136.888.202 DE BOGOTA**

La suma de $ 6.117.504, por concepto de Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina Interna y UCI en el periodo del 01 al 30 de SEPTIEMBRE de 2.021, de conformidad con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios No. 6926 - 2021.

**MARIA CAMILA RAMIREZ CHAPARRO**

**C.C 1.136.888.202 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**
**NUMERO 0550001900293927**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **31/05/2021**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA CAMILA RAMIREZ CHAPARRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1136888202**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550001900293927** |
| Fecha de apertura | **31/05/2021** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA