falta cert. Pensión

| 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-ORS-FT-11 V6 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 19-oct.-21 | Hasta: | 31-oct.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | DILAN JHOSEP SUAREZ RAMIREZ | | Cédula: | 1033751291 | | | |
| Correo Electrónico: | dilan1suarez2ramirez3@gmail.com | | Teléfono(s): | 3505184187 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ | | Cargo: | DIRECTORA ADMINSITRA | Codigo-Grado: | 009 | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | NANCY MIREYA MORA SANCHEZ | | Perfil | PROFESIONAL ADMINIST | No. CTO: | 3428 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 007548 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 2959 |
| PERFIL: | AUXILIAR DE MANTENIMIENTO | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION ADMINISTRATIVA | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REMUNERACION Mostrar | | | | | | | |
| MANTENIMIENTO - INFRAESTRUCTURA | ADMINISTRATIVA | R035A | | | | $ 941.054 | 100,00% |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 941.054 | NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL CINCUENTA Y CUATRO PESOS |

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 19/10/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 31/12/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | COP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| | | | | | | 1 | Octubre | $ 941.054 |
| | | | | | | 2 | | |
| | | | | | | 3 | | |
| | | | | | | 4 | | |
| | | | | | | 5 | | |
| | | | | | | 6 | | |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.270.376 | $ 2.270.376 | $ 941.054 | $ 1.329.322 |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo establecidas en el plan anual de mantenimiento establecido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. además de las actividades de mantenimiento locativo designadas por el área de infraestructura y mantenimiento según cronogramas establecidos, entregando los trabajos con la calidad, tiempo y presupuesto esperado | Se realizan actividades en la unidad de Tunal de acuerdo a los cronogramas | Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envia registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas. |
| 2 | Cumplir satisfactoriamente el articulo 83 ley 1474 de 2011 5 numeral 1 del literal A) del Articulo 2 de la ley 1562 de 2012, con las actividades de trasteos o mudanzas requeridas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | Se realiza trasteos internos en la unidad de Tunal | Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envia registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas. |
| 3 | Responder por el buen manejo por la herramienta menor y equipos que se le entregue para el desarrollo de sus actividades, así como el uso adecuado y eficiente de los materiales entregados para las obras o mantenimientos programados. | Se da buen uso a la herramienta asignada para la realización de las diferentes actividades, adicionalmente se reporta cuando esta presenta algún tipo de falla. Referente a los materiales estos se utilizan de acuerdo a las diferentes necesidades de las unidades optimizando su uso al máximo | Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envia registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas. |
| 4 | Entregar los reportes de los trabajos realizados diariamente en las diferentes unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | Diariamente se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1, se envia registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizadas. | Los soportes son enviados a la oficina principal de infraestrutura, en el archivo es esta reposa la información |
| 5 | Transportar el equipo y materiales necesarios para realizar el trabajo indicado | Se realizan actividades en la unidad de Tunal de acuerdo a los cronogramas | Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envia registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas. |
| 6 | Acatar las normas de seguridad y salud en el trabajo, ambientales establecidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | Se acudo a la ULC progrmada por mantenimiento. | Se realizo el diligenciamiento, de la lista de asistencia la información, reposa en la oficina de Mantenimiento. Se hace entrega de la copia del pago de seguridad social. |
| 7 | Acudir como primer respondiente en caso de fallas en tuberias o emergencias presentadas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | Se atiende la emergencia presentada en las tuberias de la unidad de Vista Hermosa. | Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envia registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas. |
| 8 | Contar con los elementos de proteccion segun se especifica en la norma actual vigente. | Se utiliza de manera adecuada los elementos de protección de acuerdo a las áreas a intervenir, adicionalmente se realiza el pago de la seguridad social correspondiente al mes de julio de 2021, y se hace entrega de una copia en el presente informe. | Se hace entregade una copia de la planilla de pago de la seguridad social con el presente informe. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 | Demas actividades asignadas por el Supervisor del contrato | Durante el periodo se atiende las actividades asignadas por el lider de infraestructura. | Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envia registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas. |

## 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

| ITEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PORVENIR | | | |
| SALUD | | COMPENSAR | $ 908.526 | | |
| ARL | 5 | SURA | | | $ - |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | | $ - |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DE BOGOTÁ | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 161849211 |
|---|---|---|---|---|---|

DILAN JHOSEP SUAREZ RAMIREZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.033.751.291
CC. NO. CONTRATISTA

MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTORA ADMINSITRATIVA

NANCY MIREYA MORA SANCHEZ
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO

2021-10-12

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona DILAN JHOSEP SUAREZ RAMIREZ identificado(a) con CC 1033751291 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 161849211 desde el 10 de julio de 2021, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 10 de julio de 2021, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogota

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Suarez | Ramirez | Dilan | Jhoser | |
| 7. Tipo de documento de identidad: CC | 8. Número de documento de identidad: 1033751291 | 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] | 10. Fecha de nacimiento: 14 09 1992 | |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)**

| 11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ] | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Zona Urbana [ ] Rural [ ] |
|---|---|
| | |

**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 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Sin F | N | M | T | P | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona Urbana / Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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) |
|---|---|---|
| Opt. | | |
| A | | |
| B | | |
| C | | |

35. Ubicación

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

| 35. Nombre o razón social | 35. Tipo de documento de identificación |
|---|---|
| | |
| 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante a pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
| | |

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección de los básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condición para cotizar [ ]
10. Terminación de la 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. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Prepensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

| 41. Datos básicos de identificación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
| | | | | |
| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | | |
| | | | | |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades, a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

**VIII. FIRMAS**

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cert. [ ] RC [ ] Cert. [ ] TI [ ] Cert. [ ] CC [ ] Cert. [ ] PA [ ] Cert. [ ] CE [ ] Cert. [ ] CD [ ] Cert. [ ] SC [ ] Cert. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

| 66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio [ ] Código del departamento [ ] | 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ] | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | |
|---|---|---|
| Tipo de documento de identidad [ ] | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
| OBSERVACIONES | | |

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps
salud

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | ☐ | ☐ |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | ☐ | ☐ |
| ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? | ☐ | ☐ |
| ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? | ☐ | ☐ |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | ☐ | ☐ |

**Firma del afiliado (cotizante):** _____

**No. Identificación:** _____

**FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)**

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud, información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

**Firma del afiliado (cotizante):** D. IAN SUAREZ

**No. Identificación:** 1033751291

compensar

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
**COMPENSAR EPS**
**NIT 860.066.942-7**

**HACE CONSTAR**

Que el(la) señor(a) **DILAN JHOSEP SUAREZ RAMIREZ**, identificado(a) con cedula de ciudadania **1033751291** se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar en el régimen SUBSIDIADO según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliacion | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20151001 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 26 días del mes de Junio de 2.021

Observaciones:

Con destino a:.
'A QUIEN INTERESE

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 LEY1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10145077

CER-AFI



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

ARL | sura

Medellín, 19 de octubre de 2021

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

## CERTIFICA:

Que DILAN JHOSEP SUAREZ RAMIREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033751291 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 16/10/2021 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUB RED SUR N900958564**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS 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:** 0000000004 - MANTENIMIENTO

**CLASE:** 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
5851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LOS CENTROS DE ATENCION MÉDICA CON RADIODIAGNOSTICO Y/O RADIOTERAPIA, CONSULTORIOS MÉDICOS Y/O ODONTO-LOGICOS CUYAS UNIDADES RADIOLOGICAS NO CUMPLEN CON LAS NORMAS DE RADIOPROTECCION VIGENTE

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 5742101

**CLASE DE RIESGO:** 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6,96 %), 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:
C11368879782129251339

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: 19/10/2021 2:15 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**DILAN JHOSEP SUAREZ RAMIREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.751.291**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Noviembre 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.