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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINNA FERNANDA LINARES BELTRAN												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1030616417							
CORREO ELECTRONICO:	fernandalinares1017@gmail.com				CELULAR:	3142888473							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				SEDE:	FO-09CADE							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	178244869								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0942-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 11				
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	37141	2018-08-31					
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	9	2018		30	9	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

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:	$17.747.345
VALOR EJECUTADO	$12.907.160
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.840.185
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

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 **$1.953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá al mes de Septiembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GINNA FERNANDA LINARES BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	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:	VSP		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	0942-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2018		30	9	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINNA FERNANDA LINARES BELTRAN		C. C.	1.030.616.417		DE	Bogotá		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional

WERF

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Ingreso de información y digitación, organización y depuración de base de datos asignadas con calidad y oportunidad para revisión del referente del subsistema	SI	Se realiza la sistematización de los registros en aplicativo en línea SIVIGILA DC de 800 registros de VC y 60 registros de PC de SISVESO de las 4 localidades (bosa, Kennedy, puente Aranda, Fontibón) tanto como VC como PC con las semanas epidemiológicas; De la misma forma se realiza pre critica de los soportes recibidos para su respectiva digitación Digitación de 24 visitas de IEC.	Se realiza pre critica de los soportes recibidos, y corrección de registros si es requerida Digitación diaria de los registros VC en el aplicativo Sivigila DC así mismo se envía la PC del mes de Septiembre. Visitas de IEC digitadas
Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad	SI	Ingreso de registros en aplicativo en línea SIVIGILA DC de Sisveso por las semanas epidemiológicas correspondiente con los tableros de control para sus respectivos análisis de las 4 localidades tanto de VC como de PC.	Digitación en aplicativo en línea Se envía la PC del mes de Septiembre para los reportes correspondientes de Sisveso.
Mantener actualizada la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), generando respaldo del sistema de información al que pertenece (backup) semanalmente.	SI	Se realizó backup de manera semanal de las bases de datos del área asignada. Se mantiene actualizada la base del subsistema con su respectiva validación de datos en comprobador de derechos y verificación de direcciones con georeferenciación. Ruta de backup C:\Users\saludpl\Documents\Sisveso\Sisvesos base por semana y mes	Base de datos actualizada. Se realiza un backup de Sisveso el ultimo viernes de cada mes tanto en el gmail como en el equipo.
Envío oportuno de la información (Bases de datos) del subsistema asignado según tiempos estipulados por el lineamiento con criterios de calidad y veracidad	SI	Envió vía correo a la SDS con los archivos planos de la base de Sisveso PC a los correos lidervspfontibon@gmail.com, FMGalindo@saludcapital.gov.co, clvelasquez@saludcapital.gov.co, y lidervspfontibon@gmail.com impresión de los correos enviados. Depuración de bases de datos de Sisveso de PC y VC	Digitacion en línea de los soportes de manera oportuna finalizando digitacion todos los viernes según la semana epidemiologica Envio de base de PC a correos Depuración de bases de datos.
Generar tableros de control de la base asignada	SI	Ingreso oportuno de los registros en SIVIGILA DC con sus tableros de control a la SDS, en aplicativo en línea, así mismo se envía la PC del mes de Septiembre	Digitacion en línea de los soportes de manera oportuna finalizando digitacion todos los viernes según la semana epidemiologica Envio de base de PC a correos. Depuración de bases de datos.
Mantener en correcto funcionamiento software y aplicaciones de las bases asignadas de acuerdo a requerimientos de SDS	SI	Se mantuvo en correcto funcionamiento el equipo asignado para el ingreso de información a la base, Copia de las bases entregadas por parte de la SDS, para la sistematización correspondiente en la ruta C:\Users\saludpl\Desktop SISVESO BASES POR SEMANAS Y MESES	Se realiza un backup de Sisveso el ultimo viernes de cada mes en la ruta mencionada
Realizar asesoría y asistencia técnica a UPGD y UI frente a las bases asignadas cuando se requiera.	SI	Impresion de notificacion de la localidad de bosa de las 11 UPGDS (BIENESTAR IPS, ESTACION, OLARTE, CHICALA, PORVENIR, CABAÑAS, SAN BERNARDINO, LAURELES, CARBONEL, VIRREY SOLIS GRANADINA, POLICLINICO SANTAFE) los dias martes, En la localidad de puente Aranda y Kennedy en 18 UPGDS (COMPENSAR KENNEDY, VIRREY SOLIS KENNEDY, ANDAR KENNEDY, PATIO BONITO, COLSUBSIDIO IPANEMA, VIRREY SOLIS OCCIDENTE, ANDAR ALQUERIA, ALCALA MUZU, CORVESALUD, CUNDINAMARCA, ASUNCION BOCHICA, MEXICANA, ARGELIA, CATALINA, ABASTOS, ODONTOSANITAS, VIVA 1, COLSUBSIDIO PUENTE ARANDA) los dias martes En la localidad de Fontibón 9 UPGDS (CENTRO DIA, BIENESTAR FONTIBON, PUERTA DE TEJA, INTERNACIONAL, SAN PABLO, COMPENSAR FONTIBON, MADRE BERNARDA, ZONA FRANCA, CORVESALUD 68) los dias martes	Se realiza el impresion cada martes en la localidad de Kennedy y Puente Aranda a 18 UPGDS, en fontibon a 9 UPGDS y en la localidad de Bosa 11 UPGDS, los dias martes.
Gestión del archivo documental basados en las normas de gestión documental establecidas por la institución apoyado por el técnico administrativo	SI	Organización de los soportes por semanas epidemiológicas y por localidad , después de su sistematización correspondiente organización de los soportes por semana epidemiológica de cada localidad, después de su sistematización correspondiente	Se encarpeta por semana epidemiológica y localidad todos los viernes de Septiembre así mismo se envía la PC del mes de Septiembre correspondiente a Sisveso.
Apoyar en la elaboración de informes e indicadores de las bases de datos de su competencia conforme a criterios de calidad	SI	Se envía semanal los tableros de control de las 4 localidades dando a conocer las UPGDS que notifican y lo que notifican semanal mente	Se envía Semanalmente así mismo se envía la PC del mes de Septiembre para los reportes correspondientes.
Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comité, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida	SI	Reunión de equipo 13/8/18	Asistencia a reunión

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.613.595 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

GINNA FERNANDA LINARES BELTRAN CC 1030616417

Fecha de presentación y firma de recibido supervisor

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
LINARES	BELTRAN	GINNA FERNANDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030616417

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES OCT AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 54C 95A 18 IN 11 AP 404

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3142888473

EMAIL fernandalinares1017@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 DICIEMBRE AÑO 2010
										X	

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*
TC	5	X		TECNICO PROFESIONAL EN SISTEMAS Y TELECOMUNICACIONES	5	2014	25656055435

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: 14-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.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505 Ext 12	DIA 20 MES 2 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO EN SISTEMAS	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	CL 9 39 46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredcentrooriente@saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 12 MES 9 AÑO 2011	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO EN SISTEMAS	TERRITORIOS SALUDABLES	DG 34 5 43

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	3
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	3

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).

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: 14-sep-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Última Actualización: 14-sep-2016

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GINNA FERNANDA LINARES BELTRAN

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030616417 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 54C 95A 18 IN 11 AP 404 **Teléfonos** 3142888473 3142888473

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
RUTH MARINA BELTRAN ROJAS	51961961	MADRE
JOHANA MILENA LINARES BELTRAN	1030568555	HERMANO(A)

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	$ 24.678.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 24.678.000,00

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
BBVA	AHORROS	178244869	SUCURSAL LAS	$ 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

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 Actualizacion: 14-sep-2018

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ⓧ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
ALEXANDER VALENCIA DUQUE	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	80205739

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. 14-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) ALEXANDER VALENCIA DUQUE identificado con C.C No 80205739 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 80205739, con vigencia desde 7/29/2005 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	80205739	ALEXANDER VALENCIA DUQUE	33	624	29/07/2005	Vigente		Si
2	10219145	HERNANDO VALENCIA MONTOYA	69	31	13/02/2006	No vigente	31/10/2006	No
3	1030616417	GINNA FERNANDA LINARES BELTRAN	25	98	13/09/2016	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 14 días del mes de Septiembre del 2018

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **GINNA FERNANDA LINARES BELTRAN** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1030616417,** se encuentra afiliado (a) desde **26/09/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de septiembre de 2018.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que GINNA FERNANDA LINARES BELTRAN identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030616417 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 22/02/2017 **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: 0000000006 - ADMIN 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:C10306164171826044225

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: 17/09/2018 12.17 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA