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 V7**

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	23-feb.-22	Hasta:	28-feb.-22			
Nombre del Contratista:	JENNIFER PARRA ALBARRACIN		Cédula:	52958181			
Correo Electrónico:	jenniferparaa00317@hotmail.com		Teléfono(s):	3003471276			
Nombre del Supervisor - Planta:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ		Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Codigo-Grado:	242-28	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JOSE KLING GOMEZ		Perfil		No. CTO:	2544-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004457	Año Contrato:	2022	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	
PERFIL:	MEDICO GENERAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION HOSPITALARIA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS TUNAL				

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	Ocultar							
CONSULTA URGENCIAS - USS EL TUNAL		TUNAL	B01TN	24		$ 34.577	$ 829.848	16,67%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Ocultar							
HOSP GENERAL - USS EL TUNAL		TUNAL	I01TN	120		$ 34.577	$ 4.149.240	83,33%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 4.979.088	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		23/02/2022				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2022	
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	FEBRERO	$ 4.979.088
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 15.352.188	$ 15.352.188	$ 4.979.088	$ 10.373.100

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
	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO A MI PERFIL COMO MEDICO HOSPITALARIO	PRESTAR SERVICIOSCOMO MEDICO	PRACTICA CLINICA
	REALIZAR ACTIVIDADES DE INFORMACION AL PACIENTE .	DAR INFORMACION A FMILIARES Y PACIENTES	HISTORIA CLINICA
	REGISTRAR EN HISTORIA CLINICA CON TODA LA INFORMACION DEL ACTO MEDICO	REGISTRAR INFORMACION Y REALIZAR FORMYULACION	HISTORIA CLINICA
	REGISTRO DE EVOLUCIONES MEDICAS	REGISTRO MEDICO	HISTORIA CLINICA
	APOYAR LA ELABORACION, ACTUALIZACION DE FOR,ATOS	ELABORACION DE FORMATOS Y GUIAS	PROTOCOLOS Y GUIAS
	INTERPRETACION DE LABORATORIOS Y LECTURAS DE RAYOS X	LECTUAR DE RAYOS X	RESULTADOS DE LABORATORIOS

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 V7

	TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN EL AREA REQUERIDA CUANDO SEA PERTINENTE	TRABAJO EN EQUIPO	PRACTICA CLINICA
	ASISTENCIA A PACIENTES EN EL SERVICIO CUANDO SEA REQUERIDA EN CODIGO AZUL	ASISTEIR CUANDO HALLA UN CODIGO AZUL	PRACTIICA CLINICA
	INFORMACION A FAMILIARES DE PACIENTES	IMFORMACION OPORTUNA	HISTORIA CLINICA
10			
11			
12			
13			
14			
15			

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 mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 1.000.000		
SALUD		COMPENSAR			
ARL	1	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO				

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870373810

JENNIFER PARRA A.

JENNIFER PARRA ALBARRACIN
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.958.181
CC. NO. CONTRATISTA

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

JOSE KLING GOMEZ
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

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

compensar | salud eps

No. de Radicación | 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: A. Afiliación ☐ 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 ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ 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: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad
8. Número de documento de identidad
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

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: Departamento | Municipio | 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: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento (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	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 (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M T P / Condición	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)
Col.		
B		
B		
B		

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
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección | Barrio | Municipio / Distrito | Departamento

B. 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 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 condiciones 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 Pre-pensionado ☐
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 (D D M M A A A A) | 42. Fecha (D D M M A A A A)
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 ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente ☐ 62. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital ☐ 63. Copia del acto en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, la cesación de efectos civiles de matrimonio religioso, declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital ☐ 64. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 65. Copia de la autorización de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 66. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio. ☐

09 FEB 2022
Cód. 548 Flor Angela Ochoa Mesa
SUJETO A VERIFICACIÓN

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 (D D M M A A A A)
69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
70. Datos del funcionario que realiza la validación

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JENNIFER PARRA ALBARRACIN identificado(a) con Cedula Ciudadania 52958181, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR NIT 900958564, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20211111	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Febrero de 2.022

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

CER-AFI

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
18231511

www.compensar.com

ARL | sura

Medellín, 17 de febrero de 2022

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

CERTIFICA:

Que JENNIFER PARRA ALBARRACIN identificado(a) con cédula de ciudadanía 52958181 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2016 **Fecha fin cobertura:** 31/10/2021

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

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: 0000000001 - ASISTENCIAL

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:
C529581812204865193

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: 17/02/2022 6:06 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Vén por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JENNIFER PARRA ALBARRACIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52958181,** se encuentra afiliado/a desde **29/07/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de febrero de 2022.

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.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

17/01/2020

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JENNIFER PARRA ALBARRACIN** con **Cédula de Ciudadanía** número **52958181**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570004870373810**
Fecha de apertura	**16/07/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7