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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52907320							
CORREO ELECTRONICO:	paolaar26@gmail.com				CELULAR:	3133971177							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Sur								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	CAPS TRINIDAD GALAN							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	7590389180								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1985-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 DE 11				
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de FARMACIA 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	12	2018		31	12	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.576.350										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

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:	$17.390.700
VALOR EJECUTADO	$17.390.700
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.576.350
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
31359917	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Diciembre del año Dos Mil Dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAOLA ANDREA RIAÑO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA		Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN						
No. DE CONTRATO:	1985-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	2.018		31	12	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS		C. C.	52.907.320			DE	BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de FARMACIA 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	PROGRAMADO	Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.	Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio 390 formulas, dispensadas y urgencias formulas: 66
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue	PROGRAMADO	Se realiza facturación	facturación de medicamentos. Ambulatorio: 390 y urgencias: 66
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido	PROGRAMADO	se apoya la gestión y conservación de los medicamentos	se realiza proceso de recepción y adecuado almacenamiento.-
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	PROGRAMADO	se realiza aseo del area de trabajo	cuadro de limpieza semanal
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad	PROGRAMADO	se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.	formato de temperatura y humedad. control y limpieza de estantes.
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la subred	PROGRAMADO	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Calidad.	Mediante el cumplimiento de las normas
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimento	PROGRAMADO	se realiza informe de actividades y certificación	informe cuenta de cobro y certificación
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	se deja todo en orden al terminar el turno

Participar en las jornadas de capitación inducción mesas de acreditación reuniones y eventos a los cuales	PROGRAMADO	se asiste a capacitaciones.	acta de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interistitucionales y extra institucionales	PROGRAMADO	se apoya a la Subred por medio de actividades.	actas de asistencia.
desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificacion de cumplimiento de contrato	PROGRAMADO	se entregan actividades al supervisor del contrato.	informe de actividades.
Responder por los elementos entregarlos para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	Elementos existentes en farmacia.
Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio	PROGRAMADO	Se registran las actividades diarias en formatos establecidos.	Se registran los indicadores, controles de temperatura y humedad y limpieza del area.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PROGRAMADO	Se entrega constancia de afiliación al pago de Seguridad Social.	Certificado de pago
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	PROGRAMADO	Se realizan actividades según contrato.	Informe de actividades e informes mensuales.
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y tecnica) y desarrollar las obligaciones que se generen.	PROGRAMADO	Se garantiza la calidad de los servicios.	cero quejas por parte de pacientes.
Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato	PROGRAMADO	Se cumple las leyes y toda normatividad.	cumplimiento por parte del area, revisiones periodicas.
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	PROGRAMADO	Se aplican politicas institucionales mediantre revisiones periodicas.	Auditorias de concurrencia.
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el	PROGRAMADO	Se alista glosa del Fondo Financiero del periodo Agosto a Octubre 2017	Se envian soportes de glosa de FFDS.

Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o	PROGRAMADO	Se obra con lealtad en el desarrollo del presente contrato.	Actividades desarrolladas en el contrato
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y	PROGRAMADO	Pago de seguridad Social.	planilla de pagado.
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	PROGRAMADO	Se cumplen als guias y manuales.	Auditorias mensuales
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a titulo de préstamo para la ejecución de	PROGRAMADO	Se responde por recursos y elementos de la farmacia.	Elementos en buen estado.
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y	PROGRAMADO	Se realizan inducciones presenciales y virtuales.	Pantallazos de inducciones.
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio juridico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred	PROGRAMADO	Se proteje la imagen de la Subred	No se realizan comentarios mal intencionados y se procura el bienestar institucional en el area de Farmacia.
En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio juridico enmendado, respondiendo fiscal,	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos	PROGRAMADO	Se aplican las normas de gestión anmbiental.	Manejo Integral de residuos.
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su	PROGRAMADO	Se cumplen los planes de emergencia.	

Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. .	PROGRAMADO	Se realizan actividades según contrato.	Se verifica en informes de actividades.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.576.350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS

Paola Rico C.

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 52.401.320

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido 21-12-2018

supervisor

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52907320	PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS		Calle29a#2-48 sur	5674836	Paolaar26@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-11	2018-11	1	06/12/2018	31359917	$257.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800250161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	15.700	0	0	15.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	1	15.700	15.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	257.500	257.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52907320	PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS		Calle29a#2-48 sur	5674836	Paolaar26@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-11	2018-11	1	06/12/2018	31359917	$257.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Residente	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52907320	RIAÑO CONTRERAS PAOLA ANDREA	59	0			N																	230201	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS017	781.242	97.750	14-28	781.242	3	19.100	CCF21	781.242	15.700	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RIAÑO CONTRERAS PAOLA ANDREA** identificado(a) con **CC** número **52.907.320** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de octubre de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

ARL | sura

Medellín, 13 de diciembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 52907320 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **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: 0000000007 - OPERATIVO 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:C529073201834755156

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: 13/12/2018 3:19 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS identificado(a) con CC 52907320 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**26/11/2004**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JEIMMY PAOLA PEÑA CASTILLO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,030,551,266**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes