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:	07-mar.-22	Hasta:	31-mar.-22			
Nombre del Contratista:	MONICA ALEJANDRA VARGAS HERRERA		Cédula:	53131138			
Correo Electrónico:	vargasmonica.a@gmail.com		Teléfono(s):	3132725121			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:			Codigo-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	LEIDY JOHANNACATAÑEDA CAMPOS		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		No. CTO:	1353-2022
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:			Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil			No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004588	Año Contrato:	2022	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	756
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFEMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UNIDAD MANUELA BELTRAN				

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	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
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							
GESTION DEL RIESGO - CONVENIO 301739B SED PESO Y TALLA		MANUELA BELTRA	K29PI398				$ 1.785.954	100.00%
								0,00%
								0,00%
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.785.954	UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		7/03/2022				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/05/2022	
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		
						3	MARZO	$ 1.785.954
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.622.911	$ 6.622.911	$ 1.785.954	$ 4.836.957

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 TOMAS Y SISTEMATIZACION DE TALLA Y PESO DE NIÑOS Y NIÑAS DE PRE-JARDIN,JARDIN Y TRANSICION,EN EL GRUPO DE COLEGIO ASIGNADO	SE REALIZA TAMIZAJE DE PESO Y TALLA A LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA LOCALIDAD DE USME	BASE DE DATOS, ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA
2	APOYAR LA VERIFICACION DEL CONSENTIMIENTO QUE LAS FAMILIAS O CUIDADORES OTORGAN AL COLEGIO PARA HACER LA MEDICION DE TALLA Y PESO	PASAR LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN FISICO A CONSENTIMIENTO VIRTUAL POR MEDIO DEL LINK ESTABLECIDO POR SECRETARIA DE EDUCACION	LINK DE DILIGENCIAMIENTO
3	DEFINIR EN CONJUNTO CON EL PROFESIONAL DE NUTRICION EL CRONOGRAMA PARA LA TOMA DE TALLA Y PESO EN LA IED ASIGNADA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO PARA REALIZAR TAMIZAJE DE PESO Y TALLA A LOS NIÑOS DE LA LOCALIDAD DE USME	CRONOGRAMA
4	REALIZAR LOS BARRIDOS POR COLEGIOS DE LAS NOVEDADES PRESENTADAS DE LA MEDICION DE TALLA Y PESO	SE REALIZA CONCERTACION CON LOS COLEGIOS PARA UNA NUEVA JORNADA DE TAMIZAJE DE PESO Y TALLA A LOS NIÑOS Y NIÑAS FALTANTES DE LOS COLEGIOS DE LA LOCALIDAD DE USME	BASE DE DATOS Y ACTA
5	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS PARA LA EJECUCION DEL PRESENTE CONVENIO	SE REALIZA APOYO A LOS PADRES DE FAMILIA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
6			
7			
8			
9			
10			

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

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	PROTECCION	$ 1.000.000		
SALUD		FAMISANAR			
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO				$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	AV VILLAS S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	675931625

Monica Vargas H

MONICA ALEJANDRA VARGAS HERRERA

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

53.131.138

CC. NO. CONTRATISTA

Leidy Castañeda

LEIDY JOHANNACATAÑEDA CAMPOS

NOMBRE DEL SUPERVISOR

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

0

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008577893

9008577893

No. de Radicación: 23439335

Fecha de Radicación: 11 03 2022

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
VARGAS	HERRERA	MONICA	ALEJANDRA
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	53131138	Femenino X Masculino	16 08 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condición:		20	NINGUNA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.000.000	Dirección	Municipio	Teléfono con clave
Departamento	Zona: Urbana Rural	Localidad / Barrio	Teléfono celular

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 del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
B1				D D M M A A A A		
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad			32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional, a registrar por la EPS
	Tipo: F. B. M. I. S.	Condición: P. H. C. O.		Dirección / Barrio	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
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)
B1		
B2		
B3		
B4		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 de pensiones (a registrar por la EPS)
MONICA ALEJANDRA VARGAS	CC	53131138	

39. Ubicación			
CL 3 6 02 USME	NT	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Departamento	Municipio	Localidad

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección cruzada básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reactivación en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral parametrizada de condiciones particulares X 10. Terminación de la relación laboral o cátedra de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de nacimiento ☐ 16. Reporte del fallecimiento ☐ 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	11 03 2022

43. EPS anterior	44. IdentificaciÓn de la entidad Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de veracidad de la información suministrada por el cotizante o afiliado adicional ☐

47. Declaración de la no afiliación a otra Administradora del Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

48. Declaración de veracidad de la información suministrada por el cotizante para la afiliación de beneficiarios ☐

49. Autorización para consulta, actualización del concepto, Cuenta de Alto Costo, Tarifa Diferencial y Mínimos vitales ante la Dirección Financiera del Ministerio de Salud ☐

50. Autorización para que la EPS realice y obtenga datos y exámenes de historia clínica del cotizante, cónyuge o compañero(a) permanente, hijos menores de edad y de sus beneficiarios en el Fondo adicional ☐

51. Autorización para que la EPS reporte a la administradora de los aportes de movilidad o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados reportada y a las entidades públicas que por ley lo requieran ☐

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales de cotizante, cónyuge o compañero(a) permanente, hijos menores de edad y de sus beneficiarios en el Fondo adicional, 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 del cotizante, beneficiarios o afiliados adicionales a terceros ☐

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cónyuge o compañero(a) permanente	55. Firma del representante legal o apoderado de la IPS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CC RC TI CE PA CD SC

Cantidad: Total:

57. Copia del Registro Civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial, para declarar la unión marital.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial, para declarar la unión marital.

59. Copia de la sentencia judicial 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 defunción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defensoría de familia donde se probó la declaración mediante 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. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las novedades competentes en el que conste la calidad de beneficiario o de cotizante o afiliados adicional.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES	71. Firma del funcionario
		CARGO: INDEPENDIENTE	

VERSIÓN APROBADA SUPERSALUD

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

INTERNET

Cambio Tipo Trabajador - Dependiente a Independiente

fecalc

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VARGAS HERRERA MONICA ALEJANDRA** identificado(a) con **CC** número **53.131.138** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2019 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 10 de marzo de 2022.

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

20220310212311

Protection

ARL | sura

Medellín, 10 de marzo de 2022

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

CERTIFICA:

Que MONICA ALEJANDRA VARGAS HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53131138 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 08/03/2022 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2022

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:
C5313113822069730 54

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: 10/03/2022 8:17 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 181.155.126.150, 192.220.104.2, 172.16.42.57

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 675931625

El Banco AV Villas certifica que: **Monica Alejandra Vargas Herrera**
identificada con el documento No. 53131138, tiene en la oficina CTRO CCIAL ALTAVISTA(675) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 675931625 desde el 15 de abril de 2019.

Fecha de expedición: 12/03/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA