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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARCELA CASTRO RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1032385910							
CORREO ELECTRONICO:	nicolas050612@gmail.com				CELULAR:	3214873285							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO CAMI I												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VSP				SEDE:	Fontibon							
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:	BANCO BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62469811471								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0398-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 8 DE 11				
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	36735	FECHA	31/08/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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:	$3.070.655										
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:	$33.777.205
VALOR EJECUTADO	$24.565.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9.211.965
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$1.228.662,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

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

SMITH LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARCELA CASTRO RODRIGUEZ
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 SERVICIOS	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	2
			03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	VSP		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	0398-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARCELA CASTRO RODRIGUEZ		C. C.	1.032.385.910		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	Se realiza entrega semanal de productos SIVIM/SISVECOS al referente. Los días 14/09/2018, 21/09/2018 Y 28/09/2018. Total 39 casos Correspondientes a la localidad de BOSA	Lista de chequeo con casos
, 2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad.	SI	Se realizara 15 eventos SIVIM y 24 eventos SISVECOS abordados cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes a la localidad deBOSA , lo cuales se entregan los días 14, 21 Y 28 Del mes de SEPTIEMBRE revisados y ajustados para su ingreso al aplicativo.	Soportes en fisico de 39 IEC realizadas en el mes
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	Se realiza activaciones de ruta a espacio de vivienda de 12 casos identificados que requieran de la atencion	Base de intervenciones en magnético enviadas.
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.	SI	Casos entregados durante el mes que contibuyen a la realizacion y seguimiento del plan de accion.	39 casos entregados a final de mes, con calidad del dato y depurado en aplicativo.
5. Apoyar en las asesorias y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad,	NO	No se programa actividad durante el mes	No se generan productos durante el mes
6. Verificar concordancia fisico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), según lineamiento de SDS	SI	Se realiza la concordancia de casos SIVIM del mes de agosto el dia 07/09/2018 y se entrega debidamente legajados y organizados, los cuales reposan en el archivo del Cami 1. 30/09/2018 depuracion del mes de SEPTIEMBRE subsistema SIVIM/SISVECOS	Acta de concordancia y listado de asistencia
7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado,	NO	No se programa actividad durante el mes	No se programan productos durante el mes
8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad.	NO	No se programa actividad durante el mes	No se programan productos durante el mes
9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) 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	Se participa en la reunion del grupo tecncio el dia 04/09/2018, reunion equipo salud mental el dia 06/09/2018, se particlpa en la reunion de vigilancia epidemiologica 21/09/2018, conversatorio 7 y 14 septiembre 2018	Acta de reunion y listado de asistencia
10. Participar en pre auditoria de soportes fisicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Se realiza pre auditoria casos correspondiente al mes de agosto el dia 07/09/2018 en aplicativo y fisico, con respectivo ajuste en aplicativo	Acta de reunión y listado de asistencia. Correo electrónico.
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	SI	Se realiza seguimiento a casos de 4 alertas institucionales	Base de intervenciones en magnético enviadas.
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	NO	Durante el mes no se ha realizado busqueda activa de eventos	No se realiza busqueda durante el mes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Marcela Castro Rodriguez

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor 5/09/2018

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARCELA CASTRO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1032385910 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/04/2018**
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 14 días del mes de septiembre del año 2018.

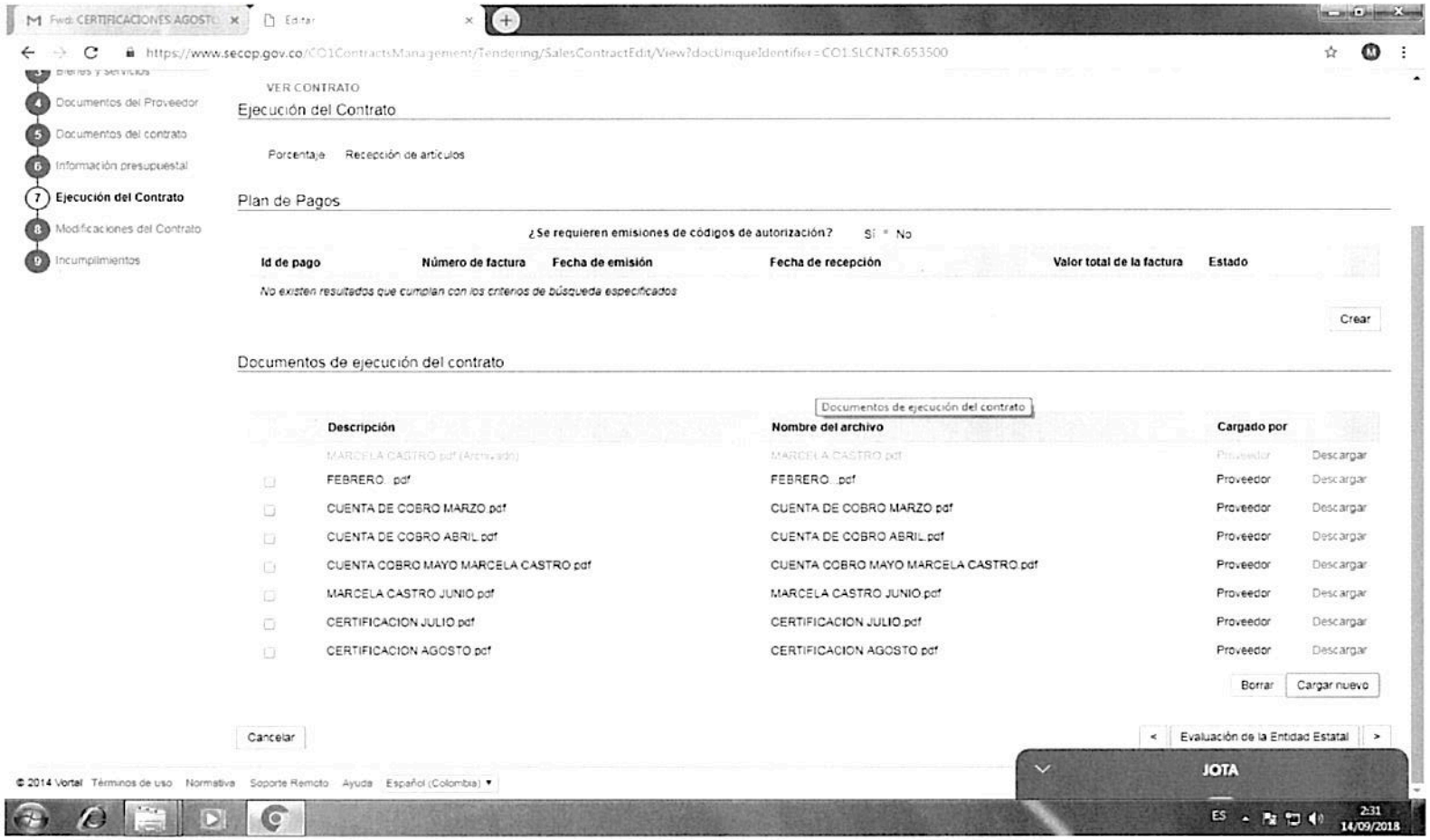
La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

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


Fwd: CERTIFICACIONES AGOSTO
Editar
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.653500
Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
MARCELA CASTRO.pdf (Archivado)
MARCELA CASTRO.pdf
Proveedor
Descargar
FEBRERO. .pdf
FEBRERO. .pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA DE COBRO MARZO.pdf
CUENTA DE COBRO MARZO.pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf
CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA COBRO MAYO MARCELA CASTRO.pdf
CUENTA COBRO MAYO MARCELA CASTRO.pdf
Proveedor
Descargar
MARCELA CASTRO JUNIO.pdf
MARCELA CASTRO JUNIO.pdf
Proveedor
Descargar
CERTIFICACION JULIO.pdf
CERTIFICACION JULIO.pdf
Proveedor
Descargar
CERTIFICACION AGOSTO.pdf
CERTIFICACION AGOSTO.pdf
Proveedor
Descargar
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
JOTA
© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
ES
2:31
14/09/2018

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

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: SUBRED SUROCCIDENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.subredsuroccidente@gov.co	
TELÉFONOS: 3754019	*FECHA DE INGRESO*: DIA 13 MES 4 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: PSICOLOGA	*DEPENDENCIA*: VIGILANCIA SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: KR 104 22C 31	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED SUROCCIDENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.subredsuroccidente@gov.co	
TELÉFONOS: 3754019	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 5 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 3 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: VIGILANCIA SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: KR 104 22C 31	

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	7	4
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ 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

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CASTRO		MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1032385910

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 23 MES MAR AÑO 1987

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Guamo

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

TV 77 I BIS 71D 26 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3214873285

EMAIL adrianamarce_21@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 COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2003
										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*
UN	10	X		PSICÓLOGO	9	2016	165417
TC	3	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	2009	1032385910

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

Marcela Castro Rodriguez

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-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARCELA CASTRO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1032385910 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección TV 77 I BIS 71D 26 SUR **Teléfonos** 3214873285 3214873285

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JEICOFF NICOLAS RODRIGUEZ CASTRO	1012412321	HIJO(A)
AMINTA RODRIGUEZ BARRERO	28758298	MADRE
JOSE JOAQUIN CASTRO RODRIGUEZ	93088358	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	$ 36.120.000,00
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	$ 36.120.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	62469811471	UNISUR	$ 162.494,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	CASA FAMILIAR	$ 160.000.000,00
VEHICULO	PARTICULAR SANDERO RENAUL 2016	$ 30.000.000,00

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

Última Actualización: 14-sep-2018

TARJETA DE CREDITO	CREDITO	$ 800.000,00
CREDITO LIBRE INVERSION	PRESTAMO BANCO	$ 7.000.000,00
CUOTA VEHICULO	CREDITO	$ 18.000.000,00

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
	C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	

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

Pamela Castro Rodriguez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que MARCELA CASTRO RODRIGUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032385910 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 14/01/2017 **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:C10323859101826050945

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 2.09 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 190.24.142.66, 172.16.42.236

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) **MARCELA CASTRO RODRIGUEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1032385910,** se encuentra afiliado (a) desde **20/09/2005** 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.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA