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:	LINA CAROLINA VARGAS ARIZA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53032452						
CORREO ELECTRONICO:	linavargas1804@gmail.com				CELULAR:	3123657296						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	F009 CADE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007500874164								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5079-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 3 DE 6			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	40045	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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:	$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:	$8.443.434
VALOR EJECUTADO	$3.603.249
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.840.185
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	43%

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
	$781242	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá en el 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:

Lina Carolina Vargas Ariza
LINA CAROLINA VARGAS ARIZA
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA										Sede: SALUD PUBLICA FONTIBÓN		
No. DE CONTRATO:	5079-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año				
			1	9	2.018		30	9	2.018				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA CAROLINA VARGAS ARIZA		C. C.			53.032.452	DE		Bogotá				

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Apoyo Técnico de sistemas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

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 EL INGRESO DE 384 FORMATOS DE SISVESO EN BASE DE DATOS CORRESPONDIENTE SE REALIZA EL INGRESO DE 250 FORMATOS DE DISCAPACIDAD EN BASE DE DATOS CORRESPONDIENTE SE REALIZA EL INGRESO DE 34 REGISTROS EN LA BASE DE SIVISTRA DE IEC SE REALIZA EL INGRESO DE 34 REGISTROS EN LA BASE DE SIVISTRA DE QUIMICOS	BASES DE DATOS DIGITADAS Y ENVIADAS A SDS
SEMANALMENTE ENTREGAR AL REFERENTE LOS PRODUCTOS CORRESPONDIENTES AL SUBSISTEMA ASIGNADO FRENTE A CUMPLIMIENTO DE METAS Y CRITERIOS DE CALIDAD	SI	SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE FORMATOS DIGITADOS DE LAS DIFERENTES BASES DE DATOS ASIGNADAS	FORMATOS DIGITADOS EN BASE DE DISCAPACIDAD
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 MANTIENE LAS BASES ACTUALIZADAS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.	BASES DE DATOS DIGITADAS
ENVÍO OPORTUNO DE LA INFORMACIÓN (BASES DE DATOS) DEL SUBSISTEMA ASIGNADO SEGÚN TIEMPOS ESTIPULADOS POR EL LINEAMIENTOS CON CRITERIOS DE CALIDAD Y VERACIDAD	SI	SE REALIZA EL INGRESO DE 384 FORMATOS DE SISVESO EN BASE DE DATOS CORRESPONDIENTE SE REALIZA EL INGRESO DE 250 FORMATOS DE DISCAPACIDAD EN BASE DE DATOS CORRESPONDIENTE SE REALIZA EL INGRESO DE 34 REGISTROS EN LA BASE DE SIVISTRA DE IEC SE REALIZA EL INGRESO DE 34 REGISTROS EN LA BASE DE SIVISTRA DE QUIMICOS	BASES DE DATOS DIGITADAS.
GENERAR TABLEROS DE CONTROL DE LA BASE ASIGNADA	SI	SE REALIZÓ TABLERO DE CONTROL JUNTO CON LOS HALLAZGOS DE LA PRE CRÍTICA REALIZADA QUE SE ENCUENTRA EN EL DRIVE	TABLERO DE CONTROL DILIGENCIADO
MANTENER EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO SOFTWARE Y APLICACIONES DE LAS BASES ASIGNADAS DE ACUERDO A REQUERIMIENTOS DE SDS	SI	SE REALIZOÓ UN MANEJO ADECUADO DE LOS APLICATIVOS: COMPROBADOR DE DERECHOS Y GEOCODIFICADOR DE DIRECCIONES, APLICATIVOS DISCAPACIDAD Y SISVESO CON UN TOTAL DE 668 REGISTROS VERIFICADOS	ENVÍO OPORTUNO DE FALLAS PRESENTADAS EN LOS DIFERENTES APLICATIVOS SEGÚN CORRESPONDA
REALIZAR ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA A UPGD Y UI FRENTE A LAS BASES ASIGNADAS CUANDO SE REQUIERA	NO	NO SE PROGRAMA PARA ESTE MES	
GESTIÓN DEL ARCHIVO DOCUMENTAL BASADOS EN LAS NORMAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN APOYADO POR EL TÉCNICO ADMINISTRATIVO	SI	SE MANTIENE ORGANIZADO EL ARCHIVO DE ACUERDO A LA NORMA	ARCHIVO ORGANIZADO
APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES E INDICADORES DE LAS BASES DE DATOS DE SU COMPETENCIA CONFORME A CRITERIOS DE CALIDAD	SI	SE REALIZA EL APOYO EN LA GENERACIÓN DE INDICADORES DEL SUBSISTEMA DE DISCAPACIDAD DE ACUERDO A LO SOLICITADO POR LA REFERENTE	INDICADORES GENERADOS
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	*SE RECIBE INDUCCIÓN DE SIVISTRA POR PARTE DEL REFERENTE DE LAS BASES DE QUIMICOS E IEC EL 05 DE SEPTIEMBRE 2018 *SE ASISTE A REUNIÓN DE EQUIPO DE NO TRANSMISIBLES EL 03 DE SEPTIEMBRE DE 2018 * SE REALIZAN Y DILIGENCIAN TODAS LAS ENCUESTAS SOLICITADAS * SE PARTICIPO DEL CONVERSATORIO EL DÍA 07 Y 14 DE SEPTIEMBRE DE 2018 * SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DE VSP EL DÍA 20 DE SEPTIEMBRE DE 2018	ACTAS DE ASISTENCIA. ENCUESTAS DILIGENCIADAS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.613.395 UN MILLÓN SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE.

Lina Carolina Vargas Ariza 53037152

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido Supervisor

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA

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

10

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: 04-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VARGAS	ARIZA	LINA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53032452

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 18 MES SEP AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CR 80 26-58 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2658421

EMAIL linavargas_1@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 TECNICO CON ESPECIALIDAD
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2002
										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 INGENIERIA DE SISTEMAS	8	2006	No especificada

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

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: 04-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 COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PROMOVIENDO		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* promoviendo@hotmail.com	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DIA 6 MES 1 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 5 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO TECNICO DE SISTEMAS	*DEPENDENCIA* COORDINACION PLAN DE		*DIRECCIÓN* KR 29 39 65	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD COOPINTRASALUD		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* coopintrasalud@etb.net.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2007		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 12 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO TECNICO DE SISTEMAS	*DEPENDENCIA* COORDINACIoN PLAN DE ATENCIoN		*DIRECCIÓN* CL 141 45 51	

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	8	8
PRIVADO	2	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	12

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)

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: 04-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LINA CAROLINA VARGAS ARIZA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 53032452 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CR 80 26-58 SUR **Teléfonos** 3123657296 2658421

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GABRIEL VARGAS MARIN	17111036	PADRE
ANA ADELINA ARIZA DE VARGAS	41350971	MADRE
VALERIA CRUZ VARGAS	1025150511	HIJO(A)
MARIA PAULA CRUZ VARGAS	1141360945	HIJO(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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.260.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.260.000,00

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
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	007500874164	KENNEDY	$ 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

Cruz Blanca E.P.S.

Certificado de Afiliación

La Señora Lina Carolina Vargas Ariza , identificada con Cédula Ciudadanía 53.032.452, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

nformación del Afiliado:

Nombre:	Lina Carolina Vargas Ariza		
Número de identificación:	53032452	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	09/02/2009	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	Kr 80 26 58 sur bq 36 in 2 apto 101	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	2658421	Depto. Residencia:	Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
53032452	VARGAS ARIZA LINA CAROLINA	23/06/2009	

nformación de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1025150511	RC	Valeria Cruz Vargas	05/07/2013	VIGENTES		HIJO
BENEFICIARIO	1141360945	RC	MARIA PAULA CRUZ VARGAS	05/12/2017	VIGENTES		HIJO
BENEFICIARIO	80736373	CC	Manuel Fernando Cruz	01/06/2004	VIGENTES		CONYUGE

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 13 días del mes de Septiembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VARGAS ARIZA LINA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **53.032.452** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de septiembre 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 clientes@proteccion.com.co

2018091711460

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que LINA CAROLINA VARGAS ARIZA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53032452 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 27/07/2018 **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:C530324521826042173

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 11.42 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 190.24.142.66, 172.16.42.236