| 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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 20.587.958 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | mairitandijo@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3208927691 | | | | | | | |
| 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 | 7590405689 | | | | | | | | | | PENSIONADO | NO | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4617-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 8 DE 8 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1433 | FECHA | 30/08/2018 | NÚMERO DE CRP | 39710 | FECHA | 31/08/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa 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 | 9 | 2018 | | 30 | 9 | 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: | $12.712.500 |
| VALOR EJECUTADO | $12.712.500 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Septiembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**RODRIGO GONZALEZ FONSECA**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA**
**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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | 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** | 4617-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 9 | 2.018 | | 30 | 9 | 2.018 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA | | **C. C.** | 20.587.958 | | | **DE** | GACHETÁ | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: SPrestar 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 110 formulas, y urgencias formulas: 103 |
| 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: 110 y urgencias 103 |
| 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 certificación de cumplimiento de | **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 envían 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 ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días | **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 título 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 |
| Asistir y aprobar los procesos de 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 jurídico 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 jurídico 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 MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS.**

CONTRATISTA: Mairs Lopez
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL
20587958

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 30-09-2018

supervisor:

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

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: 19-sep-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| LOPEZ | BARRERA | MAIRA HERMINDA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 20587958

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 8 MES FEB AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

cl 60c sur 81g 39

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4202059

EMAIL mairitalopezb@gmail.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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES DICIEMBRE AÑO 2001 |
| | | | | | | | | | | 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

Última Actualización: 19-sep-2018

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Maira Lopez Barrera

*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.

Bogotá

*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: 20-sep-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 20587958 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** cl 60c sur 81g 39 **Teléfonos** 3208927691 4202059

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| ANDRES YESID BARRIENTOS LOPEZ | 1018440774 | 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 | $ 16.950.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 16.950.000,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|

### 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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: 20-sep-2018

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

Maira Hermida Lopez

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 20-sep-2018

**CIUDAD Y FECHA**

Famisanar EPS

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA identificado con CC 20587958 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

**Fecha de Activación de Servicios:** **02/08/2014**

**IPS Cotizante:** **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO**

**Categoría:** **A**

**Estado:** **ACTIVO**

| Beneficiarios | Identificación | IPS | Tipo Afiliado | Inicio Vig. | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| JOHN JAIRO GARZON LOPEZ | CC 1074418371 | E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA | BENEFICIARIO | 07/12/2017 | SUSPENDIDO |
| HIJO DE MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA | ME 205879583 | | BENEFICIARIO | 08/01/2009 | CANCELADO |
| JOHN JAIRO GARZON LOPEZ | RC 10516347 | | BENEFICIARIO | 21/10/2001 | CANCELADO |
| DIEGO ALEXANDER GARZON LOPEZ | TI 97031608582D | | BENEFICIARIO | 21/10/2001 | CANCELADO |
| DIEGO ALEXANDER GARZON LOPEZ | CC 1074418683 | E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA | BENEFICIARIO | 10/06/2017 | ACTIVO |

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 19 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.**

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **20587958,** *no está Afiliado (a)* 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 19 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

Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

ARL | sura

Medellín, 19 de septiembre de 2018

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

## CERTIFICA:

Que MARIA HERMINDA LOPEZ BARRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 20587958 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:C205879581826244638

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: 19/09/2018 12.23 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA