Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-04-01	**Hasta:**	2022-04-30	
Nombre del Contratista:	OLGA LUCILA SUANCHA LOPEZ		**Número de Documento:**	1016012569	
Correo Electrónico:	olgalucilasuancha@gmail.com		**Número Telefónico:**	3229092785	
Nombre del Supervisor:	JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4744-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	426
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I01UB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS USME	180	0	9729	$1751220	96.8%
B01UB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS USME	0	78	9729	$758862	41.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2510082**	**DOS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL OCHENTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-03-16	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2685204	**$ 2685204**	**$ 0**	**$ 2685204**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1).Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-1).Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-HISTORIA CLINICA
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-HISTORIA CLINICA
3	3) Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultanea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el ministerio de salud y protección social o entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya) e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	3) Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultanea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el ministerio de salud y protección social o entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya) e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente. - -	-HISTORIA CLINICA
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-4 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-HISTORIA CLINICA
5	5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado, y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y documentos destinados por la institución.	) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado, y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y documentos destinados por la institución. -	-HISTORIA CLINCA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-HISTORIA CLINICA

© Siasur - 2022

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
NO SE HA REGISTRADO UN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA CUENTA DE COBRO					
INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24070327306

Olga Suancha

OLGA LUCILA SUANCHA LOPEZ
1016012569

Jennyfer Espitia

JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

© Siasur - 2022

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OLGA LUCILA SUANCHA LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1016012569,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2018** 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 02 de marzo de 2022.

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.

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

FORMATO RESOLUCIÓN 3310 DE 2018

No. DE RADICACIÓN

Fecha de radicación	Fecha inicio cobertura

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo.

I. DATOS DEL TRÁMITE

Tipo de trámite: Afiliación [x] Reporte de novedades [ ] | Tipo de afiliación: Individual [x] Colectiva [ ] | Tipo de aportante: | Código:

Tipo de afiliado: Dependiente [ ] Independiente [x] Estudiante [ ] Código: | Subtipo de afiliado: Pensionado [ ] Conductor servicio público [ ] Otro [ ] Código:

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN

Nombre / Razón social: SUBRED INTEGRADA DE SER	Tipo de documento: T.I [ ] C.C [ ] C.E [ ] NIT [x] Otro [ ] ¿Cuál?		Número: 900958564
Dirección: CRA 24C # 54 - 47 SUR	Teléfono: 7300000	Celular:	Correo electrónico: afiliacion.arl.ops@subredsur.gov.
Distrito / Municipio: BOGOTA	Zona urbana [x] Zona rural [ ]	Localidad: TUNJUELITO	Departamento: CUNDINAMARCA
Código de la actividad económica: 3851101			Clase de riesgo: I. [ ] II. [ ] III. [ ] IV. [ ] V. [ ]

A. AFILIACIÓN — III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Primer apellido: SUANCHA	Segundo apellido: LOPEZ	Primer nombre: OLGA	Segundo nombre: LUCILA
Tipo de documento: T.I [ ] C.C. [x] C.E [ ] NIT [ ] Otro [ ] ¿Cuál?		Número: 1016012569	Sexo: M [ ] F [x] Fecha de nacimiento: 12 07 1988

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO

Entidad Promotora de Salud (EPS): CAPITAL SALUD	Administradora de Pensiones: COLPENSIONES		Ingreso Base Cotización (IBC):
Dirección de residencia: CRA 99 D Bis # 38-33 sur	Teléfono:	Celular: 3229092785	Correo electrónico: olgalucilasuancha@gmail com
Distrito / Municipio: BOGOTA	Zona urbana [x] Zona rural [ ]	Localidad: KENNEDY	Departamento: C/MARCA

V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE TRABAJO O DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA FORMATIVA

Modalidad: Presencial [x] Teletrabajo [ ] | Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Código de la actividad económica: 7300000	Clase de riesgo: I. [ ] II. [ ] III. [x] IV. [ ] V. [ ]		Código de la ocupación u oficio: 8299
Dirección sitio de trabajo: CRA 24C # 54 - 47 SUR	Teléfono: 7300000	Celular:	Correo electrónico: afiliacion.arl.ops@subredsur.gov.
Distrito / Municipio: BOGOTA	Zona urbana [ ] Zona rural [x]	Localidad: TUNJUELITO	Departamento: CUNDINAMARCA

VI. DATOS SOBRE CONDICIONES PACTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO O LA PRÁCTICA FORMATIVA

Datos del trabajador dependiente / Denominación del cargo o del empleo:

Datos del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes

Tipo de contrato: OPS	Fecha inicial: XXXXXXXX	Fecha final: 31/12/2022	Valor total honorarios: XXXXXXXX	Valor mensual honorarios: XXXXXXXX

Datos del trabajador independiente voluntario a riesgos laborales | Fecha inicial: | Fecha final:

Datos estudiantes | Fecha inicial: | Fecha final: | Actividad principal:

Actividad secundaria: | Jornada establecida: Jornada única [ ] Jornada por turnos [ ] Jornada rotativa [ ]

B. REPORTE DE NOVEDADES — VII. DATOS DE REPORTE LA NOVEDAD

40. Tipo de novedad:

a. Ingreso. [ ]	e. Incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad profesional. [ ]	i. Modificación datos básicos de identificación del afiliado. [ ]	m. Corrección de datos básicos de identificación. [ ]
b. Retiro. [ ]	f. Vacaciones, licencia remunerada [ ]	j. Actualización y corrección de datos complementarios del afiliado. [ ]	n. Variación centro de trabajo. [ ]
c. Retiro por muerte del afiliado. [ ]	g. Suspensión del contrato de trabajo o práctica formativa y licencias. [ ]	k. Modificación ingreso base de cotización. [ ]	o. Cambio de ocupación u oficio del afiliado. [ ]
d. Incapacidad temporal por enfermedad general [ ]	h. Licencia de maternidad o paternidad. [ ]	l. Actualización del documento de identificación del responsable de la afiliación. [ ]	p. Traslado de ARL. [ ]

Datos complementarios de quien se registre la novedad (afiliado o el responsable de la afiliación).

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento: T.I [ ] C.C. [ ] C.E [ ] NIT. [ ] Otro [ ] ¿Cuál?			Número:
Entidad Promotora de Salud (EPS):	Administradora de pensiones:		Ingreso Base Cotización (IBC):
Dirección de residencia:	Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:
Distrito / Municipio:	Zona urbana [ ] Zona rural [ ]	Localidad:	Departamento:
Datos novedades relacionadas con el reporte de fechas	Fecha inicial:	Fecha final:	Administradora de Riesgos Laborales (anterior):
Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa:			Código de la actividad económica:
Clase de riesgo: I. [ ] II. [ ] III. [ ] IV. [ ] V. [ ]	Código de la ocupación u oficio:		
Dirección sitio de trabajo:	Telefono:	Celular:	Correo electrónico:
Distrito / Municipio:	Zona urbana [ ] Zona rural [ ]	Localidad:	Departamento:

VIII. AUTORIZACIONES

- Autorización para que la ARL reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas, que por sus funciones la requieran.
- Autorización para que la ARL maneje los datos personales del afiliado o del responsable de la afiliación, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 compilado en el Decreto 1074 de 2015, único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo.
- Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

IX. FIRMAS

Olga Lucila Suancha Lopez

RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN / AFILIADO

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO DE LA ARL

Con la firma contenida, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autoridades contenidas en el capítulo VIII de este formulario.

X. ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación. [x] Formato diligenciado de la identificación de peligros. [ ] Certificado de resultados del examen preocupacional. [ ]

AFILIACIÓN DE CONDUCTORES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO DE CARGA O DE PASAJEROS

DECLARO QUE EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 36 DE LA LEY 336 DE 1996 (ESTATUTO NACIONAL DE TRANSPORTE) NINGUNO DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS SE DESEMPEÑA COMO CONDUCTOR DE EQUIPOS DESTINADOS AL OTEUS [illegible]

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

* 5 0 0 3 0 0 8 2 0 3 *

No. DE RADICACIÓN: 5003008203

Fecha de Radicación:

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5 Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Sanchez	Lopez	Oscar	Luz Stella

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1016042569	Femenino [X] Masculino [ ]	12/01/1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		1.000.000

18. Residencia			
Kr 99 d bis # 33	3224092785		
Municipio/Distrito	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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	Sanchez	Sanchez	Ashley	Vanessa
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	TI	1164233164	X		27/01/2011
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
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)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 1.0 -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

* 5 0 0 3 0 0 8 2 0 3 *

No. DE RADICACIÓN
5003 008203

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos 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. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad. [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PAR A EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad [ ]		Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [X] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública 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 adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorizacion de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación		
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 1.0 - 2018

PORTECO S.A.S. NIT 890.513.457-8 TEL: (1)324 50 99

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

FORMATO RESOLUCIÓN 3310 DE 2018

No. DE RADICACIÓN

Fecha de radicación	Fecha inicio cobertura

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo.

I. DATOS DEL TRÁMITE

Tipo de trámite: Afiliación [✓] Reporte de novedades [ ] | Tipo de afiliación: Individual [✓] Colectiva [ ] | Tipo de aportante: | Código:

Tipo de afiliado: Dependiente [ ] Independiente [✓] Estudiante [ ] Código: | Subtipo de afiliado: Pensionado [ ] Conductor servicio público [ ] Otro [ ] Código:

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN

Nombre / Razón social: SUBRED INTEGRADA DE SER | Tipo de documento: T.I [ ] C.C [ ] C.E [ ] NIT [✓] Otro [ ] ¿Cuál? | Número: 900958564

Dirección: CRA 24C # 54 - 47 SUR | Teléfono: 7300000 | Celular | Correo electrónico: afiliacion.arl.ops@subredsur.gov.

Distrito / Municipio: BOGOTA | Zona urbana [✓] Zona rural [ ] | Localidad: TUNJUELITO | Departamento: CUNDINAMARCA

Código de la actividad económica: 3851101 | Clase de riesgo: I [ ] II [ ] III [✓] IV [ ] V [ ]

A. AFILIACIÓN

III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Primer apellido: SUANCHA | Segundo apellido: LOPEZ | Primer nombre: OLGA | Segundo nombre: LUCILA

Tipo de documento: T.I [ ] C.C [✓] C.E [ ] NIT [ ] Otro [ ] ¿Cuál? | Número: 1016012569 | Sexo: M [ ] F [✓] | Fecha de nacimiento: 12 07 1988

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO

Entidad Promotora de Salud (EPS): CAPITAL SALUD | Administradora de Pensiones: COLPENSIONES | Ingreso Base Cotización (IBC):

Dirección de residencia: CRA 99 D Bis # 38-33 sur | Teléfono: | Celular: 3229092785 | Correo electrónico: olgalucilasuancha@gmail.com

Distrito / Municipio: BOGOTA | Zona urbana [✓] Zona rural [ ] | Localidad: KENNEDY | Departamento: C/MARCA

V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE TRABAJO O DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA FORMATIVA

Modalidad: Presencial [✓] Teletrabajo [ ] | Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Código de la actividad económica: 7300000 | Clase de riesgo: I [ ] II [ ] III [✓] IV [ ] V [ ] | Código de la ocupación u oficio: 8299

Dirección sitio de trabajo: CRA 24C # 54 - 47 SUR | Teléfono: 7300000 | Celular | Correo electrónico: afiliacion.arl.ops@subredsur.gov.

Distrito / Municipio: BOGOTA | Zona urbana [ ] Zona rural [✓] | Localidad: TUNJUELITO | Departamento: CUNDINAMARCA

VI. DATOS SOBRE CONDICIONES PACTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO O LA PRÁCTICA FORMATIVA

Datos del trabajador dependiente / Denominación de cargo o del empleo:

Datos del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes

Tipo de contrato: OPS | Fecha inicial: XXXXXXXX | Fecha final: 31/12/2022 | Valor total honorarios: XXXXXXXX | Valor mensual honorarios: XXXXXXXX

Datos del trabajador independiente voluntario a riesgos laborales | Fecha inicial | Fecha final

Datos estudiantes | Fecha inicial | Fecha final | Actividad principal:

Actividad secundaria | Jornada establecida | Jornada única [ ] Jornada por turnos [ ] Jornada rotativa [ ]

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DATOS DE REPORTE LA NOVEDAD

40. Tipo de novedad

a. Ingreso [ ]
b. Retiro. [ ]
c. Retiro por muerte del afiliado. [ ]
d. Incapacidad temporal por enfermedad general [ ]
e. Incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad profesional. [ ]
f. Vacaciones, licencia remunerada [ ]
g. Suspensión del contrato de trabajo o práctica formativa y licencias. [ ]
h. Licencia de maternidad o paternidad. [ ]
i. Modificación datos básicos de identificación del afiliado. [ ]
j. Actualización y corrección de datos complementarios del afiliado. [ ]
k. Modificación ingreso base de cotización. [ ]
l. Actualización del documento de identificación del responsable de la afiliación. [ ]
m. Corrección de datos básicos de identificación. [ ]
n. Variación centro de trabajo. [ ]
o. Cambio de ocupación u oficio del afiliado [ ]
p. Traslado de ARL. [ ]

Datos complementarios de quien se registre la novedad (afiliado o el responsable de la afiliación).

Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo de documento: T.I [ ] C.C. [ ] C.E [ ] NIT. [ ] Otro [ ] ¿Cuál? | Número

Entidad Promotora de Salud (EPS) | Administradora de pensiones | Ingreso Base Cotización (IBC)

Dirección de residencia | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Distrito / Municipio | Zona urbana [ ] Zona rural [ ] | Localidad | Departamento

Datos novedades relacionadas con el reporte de fechas | Fecha inicial | Fecha final | Administradora de Riesgos Laborales (anterior)

Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa | Código de la actividad económica

Clase de riesgo: I [ ] II [ ] III [ ] IV [ ] V [ ] | Código de la ocupación u oficio

Dirección sitio de trabajo | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Distrito / Municipio | Zona urbana [ ] Zona rural [ ] | Localidad | Departamento

VIII. AUTORIZACIONES

- Autorización para que la ARL reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas, que por sus funciones la requieran.
- Autorización para que la ARL maneje los datos personales del afiliado o del responsable de la afiliación, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 compilado en el Decreto 1074 de 2015, único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo.
- Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

IX. FIRMAS

Olga Lucila Suancha Lopez

RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN / AFILIADO

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO DE LA ARL

Con la firma contenida, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autoridades contenidas en el capítulo VIII de este formulario.

X. ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación. [✓] Formato diligenciado de la identificación de peligros. [ ] Certificado de resultados del examen preocupacional. [ ]

AFILIACIÓN DE CONDUCTORES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO DE CARGA O DE PASAJEROS

DECLARO QUE EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 36 DE LA LEY 336 DE 1996 (ESTATUTO NACIONAL DE TRANSPORTE) NINGUNO DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS SE DESEMPEÑA COMO CONDUCTOR DE EQUIPOS DESTINADOS AL SERVICIO