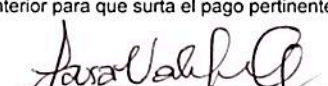


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LAURA VALENTINA GOMEZ GUTIERREZ									
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		1014198225				
CORREO ELECTRONICO:			gomezgutierrez0056@gmail.com				CELULAR:		3177067394			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						sur-kennedy						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC			SEDE:		SUR				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo										
		K28%										
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:			AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			004870389931					PENSIONADO		NO		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			4354-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 4 DE 7			
NÚMERO DE CDP		1416	FECHA		22/08/2018	NÚMERO DE CRP		39479	FECHA		31/08/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar Servicios profesionales especializados 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.									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
					1	9	2018			30	9	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$3.747.240									
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:								\$26.230.680				
VALOR EJECUTADO								\$14.988.960				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3.747.240				
VALOR A LIBERAR								\$0				
SALDO POR EJECUTAR								\$11.241.720				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								73%				
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:												
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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						
	\$1.498.896,00	\$187.400	\$239.900	3	\$36.600	\$466.500						
Dado en Bogotá en el mes de Septiembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,												
 SANDRA MIREYA RODRIGUEZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 LAURA VALENTINA GOMEZ GUTIERREZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA						



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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 3/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		SALUD PUBLICA		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	4354-2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	9	2018		30	9	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LAURA VALENTINA GOMEZ GUTIERREZ		C. C.	1.014.198.225			DE	BOGOTA	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales especializados 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.										
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI NO										
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGR AMAD O	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, standares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolios de servicios de la institución cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sured Suroccidente y la Secretaría Distrital de Salud.		SI	17 Asesoría 1 alto impacto de las localidades de Kennedy, 18 asesoría 2 a utis de alto impacto de la localidad de Kennedy, 24 asesoría 3 a utis alto impacto de Kennedy, 24 cierres en la localidad de Puente Aranda 10 asesoría 2 en puente aranda y 10 asesoría 1 puente aranda.				Formatos de asesorías a utis altas: 86 utis de Kennedy, 26 utis de puente aranda.			
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Sub Red Suroccidente.		SI	17 Asesoría 1 alto impacto de las localidades de Kennedy, 18 asesoría 2 a utis de alto impacto de la localidad de Kennedy, 24 asesoría 3 a utis alto impacto de Kennedy, 24 cierres en la localidad de Puente Aranda 10 asesoría 2 en puente aranda y 10 asesoría 1 puente aranda.				Formatos de asesorías a utis altas: 86 utis de Kennedy, 26 utis de puente aranda.			
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según define el lineamiento		NO	No se programa para el mes				No se programa para el mes			
participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la ESE como por la Subred Suroccidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignada.		NO	Asistencia técnica el 9 de julio en secretaria de salud				Actas de asistencia			
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones a los servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y el POS		SI	Seguimiento tanto a demanda inducida como activación de ruta de las utis intervenidas				Formatos de asesorías a utis altas intervenidas			
Alistar soportes y presentar auditoría tanto en la subred sur occidente como la firma auditora o secretaria		SI	No se realiza para este mes				No se realiza en el mes			
Notificar todos los eventos de interés en salud pública		SI	Seguimiento a posibles eventos de interés				No se presentaron en los casos intervenidos.			
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus derechos y deberes en seguridad social en salud		SI	Informar a utis de Alto impacto durante la asesoría el SGSSI				Formatos de 112 UTIS con asesoría en SGSSI			
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos		SI	Entrega de soportes cuando han sido requeridos por líder del Espacio				Formatos de asesorías a utis altas: 112 utis de puente aranda y Kennedy			
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido a cordé a las preauditorías del referente del espacio asignado		SI	Realizar ajustes cuando se ha requerido, por solicitud de líder				A la fecha se ha realizado los ajustes necesarios a los formatos.			
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos		SI	Entrega de datos cuantitativos y cualitativos				No aplica para este mes			
Asumir el 100% de glosa generada por firma interventora, al determinar inconsistencia en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soporte, entre otras)		NO	No aplica para este mes				No aplica para este mes			
Participar en procesos de inducción y reintroducción.		SI	Diligenciamiento de encuestas				aplicativo de la subred			
Participar en reuniones convocadas por la SDS a nivel local y por la institución.		SI	Asistencia a reuniones de Equipo, conversatorios de calidad, tablero de indicadores, reunión de equipo.				Actas de asistencia a reuniones			
Mantener organizado el archivo institucional bajo su responsabilidad, de acuerdo a la normatividad vigente.		SI	Archivo organizado con los formatos de utis intervenidas				Formatos con calidad para archivo			
Velar por el buen uso de los equipos y elementos suministrados por la institución.		SI	Adecuado uso a equipos y elementos suministrados				Adecuado uso de formatos y papelería			
dar respuesta oportuna a queja, reclamo o derechos de petición tanto internos como externos corresponsables a su actividad.		NO	No aplica para este mes				No aplica para este mes			
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3'747.240 TRES MILLONES SETESIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS										
LAURA VALENTINA GOMEZ GUTIERREZ CC 1.014.198.225						Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido 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

Última Actualización: 17-sep-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GOMEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUTIERREZ	NOMBRES LAURA VALENTINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1014198225	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 2 MES FEB AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CII 2 93 D 30 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9207565 EMAIL gomezgutierrez0056@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 BÁSICA											TÍTULO Bachillerato comercial	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										X	NOVIEMBRE	2004

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
ES	2	X	ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES	5 2017	11259 25/09/2017
UN	8	X	TERAPEUTA OCUPACIONAL	4 2011	1014198225

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
Inglés	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

Última Actualización: 17-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3753569	DÍA 9 MES 11 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Especialista salud ocupacional	salud publica	Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7428585 EXT 1314	DÍA 1 MES 4 AÑO 2013		DÍA 2 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Terapeuta Ocupacional	Clinica de rehabilitacion nuevo muzu, upa la	Dg. 53 Sur #59a11	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcaldía de Utica	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Útica	alcaldia@utica-cundinamarca.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
8460005	DÍA 8 MES 2 AÑO 2012		DÍA 8 MES 8 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Terapeuta Ocupacional	Centro de vida sensorial y discapacidad	palacio municipal	



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: 17-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Apoyo educativo terapeutico		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	aeti@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6953495	DÍA 2 MES 3 AÑO 2011		DÍA 10 MES 11 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Terapeuta Ocupacional	Educativa	cra 8D 164B 34	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro de Psicología Integral CEMPAI		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	cempai@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5204786	DÍA 1 MES 6 AÑO 2010		DÍA 24 MES 1 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Terapeuta Ocupacional	Educativa	c/ll 144 23 06	

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	5	2
PRIVADO	1	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	6

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 INCOMPATIBILIDAD 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).



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: 17-sep-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LAURA VALENTINA GOMEZ GUTIERREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1014198225 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Cll 2 93 D 30

Teléfonos 3177067394 9207565

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Maria Esperanza Gutierrez Cruz	25056936	MADRE
Eduardo Gomez Bastidas	19357190	PADRE

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	\$ 34.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 34.000.000,00

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
davivienda	AHORROS	004870389931	tunal	\$ 34.000,00

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
Inmobiliaria	arriendo	\$ 800.000,00
Esperanza Gutierrez	Manutencion y arriendo	\$ 700.000,00



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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
Luis Carlos Valero Ovalle	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1033701995

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que LAURA VALENTINA GOMEZ GUTIERREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014198225 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/11/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048 ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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 SEVICIOS 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 SEVICIOS 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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10141982251826038709

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 10.45 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LAURA VALENTINA GOMEZ GUTIERREZ identificado(a) con CC 1014198225 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 11/11/2011

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 17 días del mes de septiembre del año 2018.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LAURA VALENTINA GOMEZ GUTIERREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1014198225**, se encuentra afiliado (a) desde **11/11/2011** 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.