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:**	2022-06-01	**Hasta:**	2022-06-30	
Nombre del Contratista:	MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ		**Número de Documento:**	1033742180	
Correo Electrónico:	PSICOLOGAXIMENA@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3023599461	
Nombre del Supervisor:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	**Cargo:**	COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6229-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1291
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K27PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$3663961	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3663961**	**TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UNPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-05-24		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-06-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-06-21	2022-08-15	1	$ 882737	1738

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3627684	$ 4510421	$ 0	$ 4510421

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar Investigion epidemiologica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
2	Realizar Investigación socio epidemiologica de campo	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
3	Realizar asistencia tecnica y mantenimiento a Unidades comunitaria	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
4	Registrar la informacion de la Intervención Epidemiologica de Campo (IEC) en el formulario y/ o sistema establecido	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
5	Identificacar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes compententes	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
6	Programar, convocar, desarrollar, levantar las actas, informes y demas actividades que garanticen las cesiones del Comite de Vgilancia Epidemiologica Comunitaria (COVECOM)	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
7	Realizar la activacion de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente)	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
8	Participar en acciones de socializacion, sensibilizacion y capacitacion tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notitifcacion	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
9	Realizar asesoria y asistencia tecnica a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que generan hechos vitales.	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
10	Registrar llamadas, asesoría virtual o correos de seguimiento a la Gestión de las Estadisticas Vitales	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Validadas y ajusta las bases de Datos según requerimiento	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
12	Realizar semaforización en los diferentes tableros de control de las UPGDS que generan hechos vitales de calidad, cobertura y oportunidad de los certificados de defuncion y certificados de nacidos vivos	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
13	Apoyar en el diligenciamiento de autopsias verbales Estadisticas Vitales (EEVV).	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
14	Realizar cruces de información con prestadoras y aseguradoras, como fuente de identificación de casos	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
15	Realizar recolección de la información en el instrumento para visita de IEC con criterios de calidad e integralidad	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
16	Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo en brotes de eventos de interés en salud pública	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
17	Coordinar las acciones para la atención integral de urgencias y emergencias complejas definidas por Instituto Distritral de Gestión de Riesgo y Cambio Climático -IDIGER	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
18	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
19	Asistir a los diferentes espacios Distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados en desarrollo de las Urgencias y Emergencias en salud pública y representar a la Secretaria Distrital de Salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E en los Puestos de Mando Unificado convocados por el Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - SDGR -CC cuando se requiera	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
20	Cumplir con la disponibilidad para la atencion de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento.	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
21	Toma r muestras biológicas para los diferentes eventos de Salud Publica que establezcan de acuerdo a los lineamientos de Secretaria Distrital de Salud o Instituto Nacional de Salud	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
22	Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
23	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamiento establecidos por el proceso de gestion documental de la Subred (foliados, rotualdos, en carpeta y Formato Unico de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488403768846

MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ
1033742180

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

© Siasur - 2022

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUIROGA JEREZ MARIA XIMENA** identificado(a) con **CC** número **1.033.742.180** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de agosto de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de junio de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

202206031733

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

06 3100353

Fecha de Radicación

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia - Beneficiario o afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

5. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
		Femenino [X] Masculino [ ]	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo: F N M / Condición: T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
			Teléfono fijo	
		Zona Urbana [X] Rural [ ]		

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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo (Femenino / Masculino)	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1				D D M M A A A A		
B2				D D M M A A A A		
B3				D D M M A A A A		
B4				D D M M A A A A		
B5				D D M M A A A A		

	31. Discapacidad (Tipo: F N M / Condición: T P)	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		
A		
D		
E		

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				

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 [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del tránsito de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	43. Fecha de novedad

42. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de veracidad y aceptación de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de motivos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y/o sus beneficiarios o afiliados adicionales.
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 reportar y a las entidades públicas que por ley lo requieran.
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.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

X

1. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

2. Por el empleador, pagador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

Escaneado con CamScanner

ARL | sura

Medellín, 03 de junio de 2022

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

CERTIFICA:

Que MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033742180 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/06/2022 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

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: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

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%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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:
C10337421802215462223

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 03/06/2022 5.17 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **15/05/2022**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1033742180**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488403768846**
Saldo a la fecha	**298,343.19 Pesos**
Fecha de apertura	**26/02/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA