Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO
#¡DESBORDAMIENTO!

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: ps5311 2022 **C.D.P. No.:** 2037

Proceso que pertenece: MISIONAL
Servicio al que pertenece: URGENCIAS
Unidad a la que pertenece: UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA LA VICTORIA

Nombre del Contratista: DERYI JULIETH MORALES COY **C.C.** 1.013.666.832 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 29-06-2022 **Fecha Terminación inicial:** 15-08-2022 **Valor Mensual:** $ 1.701.900 **Valor a cobrar:** $ 1.701.900

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	JULIO	$ 1.701.900	$ 0	0	0/01/1900
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.744.180	$ 3.744.180	$ 1.701.900	$ 2.042.280

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-07-01 **Hasta:** 2022-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital.	Para el mes de JULIO de 2022 se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
2	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desanollo de sus actividades.	Se garantizo el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad en el mes de JULIO de 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
3	Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.	Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de JULIO de 2022	Formato de asistencia a capacitaciones
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.	Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocumidas a sus pacientes al médico de tumo, jefe inmediato y en el sistema de reporte.	Las actividades programadas para el mes de JULIO de 2022 se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
6	Infonnar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en foma oportuna y adecuada.	Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de JULIO del 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
7	Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directricez institucionales	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
8	Cumplir las normás institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.	Se ejecutaron las actividades programadas para el mes de JULIO de acuerdo a las competencias	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
9	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.	Se recibe y entrega turno en tiempo y forma según lo acordado con el supervisor	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
10	Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.	Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de JULIO DE 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica

11	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.	Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de JULIO DE 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
12	Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales	Se realizo la preparacion al 100% de los pacientes asignados el mes de JULIO DE 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
13	Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.	El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermeria se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras el mes de JULIO DE 2022	Formato ronda de enfermeria
14	Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.	Se realizo la revision de las historias cllinica del 100% de los pacientes asignados en el mes de JULIO DE 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
15	Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional.	Se realizo el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de Dinamica y en los formatos en fisico ante fallas en el sistema para el mes de JULIO DE 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
16	Portar el uniforme deteniendo en cuenta las normas higiene y bioseguridad de la Subred.	Se realizaron las actividades contractuales teniendo encuenta los documentos intitucionales relacionados con los procesos de enfermeria en el mes de JULIO DE 2022	Listas de turnos y actividades
17	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de JULIO DE 2022	Formato de asistencia a capacitaciones
18	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención	Se realizo la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes asignados y que requirieron la necesidad de la toma en el mes de JULIO del 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
19	Realizar registros clinicos en foma oportuna, diligenciando todas las variables conectamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y nonnatividad vigente de la Entidad	Se realizo la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de deependencia de enfermeria conservando las precauciones establecidas en el mes de JULIO DE 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
20	Ejercer las actividades propias de la formación técnica de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.	Se realizo el control de liquidos administdados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes de JULIO del 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
21	Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el tumo.	Se garantizo la educacion e informacion al 100% de los pacientes asignados incluido su familia en el mes de JULIO DE 2022.	Registro formato de educacion ubicado en Historia clinica
22	Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.	Se garantizo el 100% de confidencialidad de la informacion de los pacientes asignados en el mes de JULIO DE 2022	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

DERLI MORALES.

Firma del Contratista

C.C. 1.013.666.832 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	Tatiana P. Clavijo Q. C.C. 1.014.[illegible] Enfermera P.A.U.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	**DANIEL SANDOBAL**
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 1-2022

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. NIT 900.959.051-7

DEBE A

DERYI JULIETH MORALES COY C.C. 1013.666.832

LA SUMA DE:

($1.701.900) UN MILLON SETECIENTOS UN MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE

Por concepto de: 180 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 5311 2022, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de JULIO de 2022

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (PROCESO ENFERMERÍA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.s.E. DEL 01/07/22 AL 31/07/22

DERYI MORALES
C.C. 1013.666.832 DE BOGOTA

Cel:3244236584

Dir: CALLE 41 A SUR # 1 D 17
Cuenta: 0550488431225645 BANCO DAVIVIENDA
31 DE JULIO 2022

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) DERYI JULIETH MORALES COY identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1013666832, estuvo afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar a través de la empresa GOPAD LTDA con 9000769678 desde el 10/12/2015 hasta el 10/12/2015

Fecha de afiliación a la Caja: 10/12/2015.
Fecha de ingreso a la empresa: 01/11/2015.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Operación Afiliaciones

Bogotá D.C. 12/07/2022

VIGILADO SuperSubsidio

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DERYI JULIETH MORALES COY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.666.832**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Julio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

DEDYI JOSEFA MORALES COY identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.013.626.512 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir

Fecha expedición certificación: 25 de Julio del 2024

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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 900959051
Dirección DG 34 # 5 - 43	Teléfono 3282828	Celular 3212263919	Correo electrónico ARLCONTRATACIONOPS@SUE
Distrito / Municipio BOGOTA	Zona urbana ☑ Zona rural ☐	Localidad TEUSAQUILLO	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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	Número	Sexo M ☐ F ☐	Fecha de nacimiento

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO

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

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 CENTRO ORIEN		
Código de la actividad económica 3851101	Clase de riesgo I. ☐ II. ☐ III. ☑ IV. ☐ V. ☐		Código de la ocupación u oficio 8299
Dirección sitio de trabajo DG 34 # 5 - 43	Teléfono 3282828	Celular 3212263919	Correo electrónico ARLCONTRATACIONOPS@SUE
Distrito / Municipio BOGOTA	Zona urbana ☐ Zona rural ☑	Localidad TEUSAQILLO	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 a 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

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES (ATEP)

Para ser diligenciado únicamente por la empresa.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Utilice este formulario cuando se vaya a afiliar a **AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. Administración de Riesgos Laborales.** Al dorso del mismo encontrará texto preimpreso con las reglamentaciones del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Este formulario debe tramitarse a través del Asesor AXA COLPATRIA asignado a usted para el proceso de afiliación.
- Si se trata de un traslado de otra ARL hacia **AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. Administradora de Riesgos Laborales,** debe anexar la carta de desafiliación mediante la cual da aviso de su retiro.
- Además de este formulario, a través del **Formulario anexo de Afiliación,** debe enviar una relación inicial de todos sus trabajadores.
- Este formulario consta de un original y dos copias, cuyo tráfico será el siguiente:
- **Original:** AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. - Dirección General.
- **1ra Copia:** Empleador.
- **2da Copia:** AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. – Regional.
- Diligencia los formularios a máquina o letra imprenta, evitando borrones, tachones y enmendaduras.
- **Fecha de radicación:** esta casilla es exclusiva para la Administradora de Riesgos Laborales y registrar la fecha (AAAA MM DD) en que fue radicado el formulario.

I. DATOS GENERALES

- **Vinculación inicial al Sistema de Riesgos Laborales:** diligenciar esta casilla, rellenando el círculo, si la afiliación es por primera vez a una Administradora de Riesgos Laborales.
- **Traslado de Administradora de Riesgos Laborales:** Diligenciar en la casilla, rellenando el círculo, si la afiliación corresponde a una traslado de Administradora de Riesgos Laborales.
- **Fecha de iniciación vigencia:** Esta casilla es exclusiva para la Administradora de Riesgos Laborales y se deberá colocar la fecha (AAAA MM DD), así: si la afiliación es por primera vez, se debe colocar la fecha del día siguiente a aquel en que el formulario ha sido recibido por la ARL. En caso de traslado se deberá colocar la fecha del primer día del mes siguiente a aquel en que vence el término señalado para el aviso de desafiliación.
- **Administradora de Riesgos Laborales de la cual se desafilia:** Diligenciar en este campo el nombre de la entidad de la cual se desafila.
- **Tipo de carné:** Marcar con una X el tipo de carné según el caso.
- **Carta de desafiliación:** Rellenar el círculo si la empresa adjunta copia de la carta de desvinculación.
- **Nómina:** Rellenar el círculo si la empresa adjunta nómina.
- **Cámara de Comercio:** Rellenar el círculo si la empresa adjunta registro de la cámara de comercio.
- **Fotocopia cédula Representante Legal:** Rellenar el círculo si la empresa anexa la fotocopia de la cédula del Representante Legal.
- **Carta primera vez:** Rellenar el círculo si la empresa adjunta la carta de afiliación por primera vez al Sistema General de Riesgos Laborales.

II. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

- **Razón social o nombres y apellidos del empleador:** Diligenciar en este campo la razón social de su empresa, en caso de que usted sea su empleador Persona Jurídica. Si usted es un empleador Persona Natural, diligencie este campo con su nombre completo.
- **Documento de identificación:** Diligenciar en esta casilla el número de NIT de la empresa (Empleador Persona Jurídica), o el Número de Identificación ya sea C.C. (Cédula de ciudadanía) C.E. (Cédula de Extranjería) o PA (Pasaporte) (Empleador Persona Natural).
- **Dirección Sede Principal:** Diligenciar en este campo la nomenclatura que corresponde a la ubicación de la oficina de la Sede Principal de la empresa.
- **Ciudad:** Diligenciar en este campo la ciudad que corresponde a la ubicación de la oficina o centro de trabajo.
- **Departamento:** Diligenciar en este campo el Departamento que corresponde a la ubicación de la ciudad nombrada en la casilla anterior.
- **E-mail:** Diligenciar en este campo la dirección electrónica (E-mail) de la compañía.
- **Teléfono:** Diligenciar en este campo el número telefónico de la sede principal de la compañía.
- **Fax:** Diligenciar en esta casilla el número de fax de la Sede principal de la compañía.
- **Sector Empresarial:** Seleccione la casilla que corresponda el tipo de sector empresarial de su empresa, es decir, Público, Privado o Mixto, rellenando el circulo que la identifique.
- **Actividad principal de la Empresa:** Diligenciar en este campo la actividad principal a la que se dedica la empresa. Sea lo más claro y concreto posible.
- Código de la Actividad Económica: Diligenciar la nomenclatura del código de la actividad económica en al que se encuentra ubicada la empresa.
- **Clase de riesgo:** Rellene el circulo que corresponda, ya sea I, II, III, IV, V, correspondientes a la clase de riesgo (artículo 26 del Decreto 1295 de 1994), establecida con base en la siguiente tabla:

Clase de riesgo	Mínimo	Inicial	Máximo
Mínimo (I)	0.348	0.522	0.906
Bajo (II)	0.435	1.044	1.853
Medio (III)	0.783	2.435	4.064
Alto (IV)	1.740	4.350	6.950
Máximo (V)	3.210	6.980	8.700

- **Nombre del Representante Legal:** Diligenciar en este campo el nombre completo de la persona que posee la representación legal de la compañía.
- **Documento de Identificación:** Seleccionar la casilla que corresponda al tipo de identificación ya sea C.C. (Cédula de Ciudadanía) o C.E. (Cédula de Extranjería) y diligenciar el número de identificación de la persona que tiene la representación legal de la compañía.
- **Cargo:** Relacionar en este espacio el cargo que ocupa en la compañía el funcionario que tiene la representación legal de la compañía.
- **Tipo de Empresa Contratista fecha fin de contrato:** Marque con S ó N, diligencie la fecha en que termina la obra, a partir de la cual su empresa será desafiliada de forma automática.

III. TRABAJADORES DEPENDIENTES

- **Número inicial de trabajadores incluidos en el anexo:** Diligenciar en este campo el total, en letras y números, de los trabajadores que fueron relacionados en el anexo al formulario de afiliación.
- Para vinculación inicial al **Sistema de Ingresos Profesionales** escriba el valor total de la nómina base de cotización en números.
- Para traslado de **Administradora de Riesgos Laborales,** escriba el valor promedio de las tres últimas cotizaciones de números.

FIRMAS

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **12/07/2022**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora DERYI JULIETH MORALES COY** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1013666832**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488431225645**
Saldo a la fecha	**0.00 Pesos**
Fecha de apertura	**13/06/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA