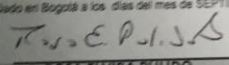
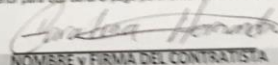
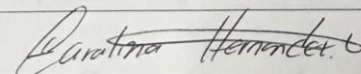


CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y SERVICIO PRESTACIÓN DE SERVICIOS (CPE) PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA		DAHANNA CAROLINA HERNANDEZ GONZALEZ							
TIPO DE ASESORAMIENTO		CC	NI	CE	NE	1876078880			
CORREO ELECTRÓNICO		dahanncarolina@gmail.com				CELULAR			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		KENNEDY							
SERVICIO DEL SERVICIO		REHABILITACIÓN				DECE			
CENTRO DE COSTOS		BENIA				TIPO DE CUENTA			
ENTIDAD FINANCIERA		BENIA				Atención			
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA		344196101				PERSONAL No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO Y SERVICIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y SERVICIO		3972-2018				Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE COP		1400				FECHA			
CUBRTO DEL CONTRATO		TERAPEUTA RESPIRATORIA							
PERIODO CERTIFICADO		DECE	DA	ME	HA	DA	ME	HA	
			1	9	2018		30	9	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES		\$2.665.080							
TIPO DE SERVICIO		Asistencial				RESERVA DE CUOTA 2%			
OBSERVACIONES: Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje: 1 cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de aclarar que para los alivios tributarios se debe allegar los comprobantes.									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO									
CONCEPTO		VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES		\$16.523.496							
VALOR EJECUTADO		\$16.306.766							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$2.665.080							
VALOR A LIBERAR		\$0							
SALDO POR EJECUTAR		\$216.730							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		99%							
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:									
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.									
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 10% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES			
				3					
Dado en Bogotá a los días del mes de SEPTIEMBRE del año (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,									
 ROSA ELVIRA PULIDO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR					 DAHANNA CAROLINA HERNANDEZ GONZALEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA				

MAS APLICACIONES
CONCEPTO
CONTROL DE
"pagos por porcentaje", para los alumnos, N-
2018

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 2	
		Fecha de aprobación: 03/04/2017	
		Código: 04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		REHABILITACION		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	3972- 2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	9	18		30	9	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DAHANNA CAROLINA HERNANDEZ GONZALEZ		C. C.		1.016.078.999		DE		BOGOTA
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Terapeuta Respiratoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente										
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐ X										
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS						
<p>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: 1. Cumplir las normas, directivas, acuerdos, resoluciones, instrucciones de cualquier órgano interno o reglamento interno, código o directiva interna del E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las consecuencias en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Otorgar con honor y lealtad la ejecución y ejecución del presente contrato, de acuerdo al contrato del buen gobierno y ética institucional y profesional. 4. Pagar sus aportes del sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos vigentes establecidos dentro de los plazos (10) primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la asistencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, planes de contingencia y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura institucional frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Salud Sur Occidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Regimen de la Información y Control Interno, acorde a las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de cooperación de los componentes del Sistema Único de Rehabilitación. Auditar para el mejoramiento de la calidad. Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Eps. del Sistema Único de Acreditación. Gestión del Riesgo. Humanización de la Atención. Transformación Cultural. Gestión clínica sustentable y segura. Gestión de la Tecnología. Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas, directrices, acuerdos institucionales, Producción Ejecuta, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos, definidos en el marco de operación de la Subred Sur Occidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Cancelar las acciones preventivas y/o correctivas por parte de representantes a que está sujeto de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, superiores del contrato y/o directivos internos. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o requerimientos, requerimientos por los entes públicos y privados, dentro de los términos de lo que establezca la ley, la oportunidad y confiabilidad de los mismos. 12. Asistir y apoyar los procesos de actualización, actualización y/o mejora, programados por el CONTRATANTE y por los entes externos por parte, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contraídas. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cumplimiento del objeto del presente contrato y/o informe de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o procedimiento alguno que incida en el conocimiento y consentimiento de la E.S.E. que comprometa el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquier uno de sus unidades de prestación de servicios de salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor del contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico autorizado, reportando fiscal, presupuestal y paramétrico por el tiempo de las acciones y actividades que ello implique. 16. El CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma en sus correspondientes líneas de la misma médica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contra el cual PARAGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA, además de al CONTRATANTE, a cualquier interesado, sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y F.P.S.</p>		100	<ul style="list-style-type: none">• Participando activamente en la atención de pacientes para los cuales se evalúa y ejecuta el plan de tratamiento de los pacientes con y sin soporte ventilatorio• Realiza toma, procesamiento y análisis de los gases sanguíneos que le sean solicitados.• Interpretación de radiografía de tórax.• Escoge según previa evaluación del paciente, el equipo de oxigenoterapia a usar.• Programa y modifica la asistencia ventilatoria de acuerdo con análisis previos y parámetros.• Realiza el cuidado de la vía aérea artificial o fisiológica como parte del tratamiento con: terapia respiratoria, miorrelajaciones, higiene y cuidados de traqueotomía, extubación, decanulación y demás actividades propias relacionadas con la profesión.• Participación activamente en el traslado de pacientes críticos a la toma de exámenes especiales controlando la vía aérea del paciente durante dicho examen.• Llena a cabalidad los formatos de historia clínica de acuerdo con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda intervención con firma y sello.• Elaborar registros clínicos y estadísticas diarias y mensuales.• Velar por la adecuada y racional autorización de los recursos de la institución.• Anexar la constancia de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones y el pago de riesgos profesionales con el que se ejecuta el contrato mensualmente.	<ul style="list-style-type: none">• Registros de historia clínica.• Interconsultas.• Censos de actividades.• Cobros de terapia (facturación).• Entrega y recibo de turno.						

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.753.916 DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES NOVECIENTOS DIESEIS PESOS./M.C	
	
NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DAHANNA CAROLINA HERNANDEZ GONZALEZ 1016078999	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.	
284177 fecha: SEPTIEMBRE 2018 ROSA ELVIRA PULIDO	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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

SIDEAP
Sistema de Información de Datos de Atención Primaria
Última Actualización: 17-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALEZ	NOMBRES DAHIANNA CAROLINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1016078999	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES AGO AÑO 1995 PAIS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 106 23 h 20 PAIS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3188305817 EMAIL dahianna.hernandez15@outlook.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		BACHILLER ACADEMICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2012

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	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADEMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	TERAPEUTA RESPIRATORIA	12 2017	00046
ES	1	X	ESPECIALISTA EN REHABILITACION CARDIOPULMONAR		

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
Francés	X			X			X		



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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 15-ago-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DAHIANNA CAROLINA HERNANDEZ GONZALEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1016078999 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección carrera 106 23 h 20 Teléfonos 3188305817

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
mireya gonzalez villamil	39747060	MADRE

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

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
BBVA	AHORROS	94496031	fontibon	\$ 200.000,00

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
icetex	estudio	\$ 15.000.000,00

4. DE PARTICIPACION EN UNIDADES, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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
Hospital occidente de Kennedy	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4480030	DÍA 4 MES 4 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
TERAPEUTA RESPIRATORIA	ASISTENCIAL-URGENCIAS Y	1 Mayo 40b-54	

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	0	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	5

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Carolina Hernández
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
------------	------------------------	--------------------	---------------------	------------------	-------------------	------------------------------	--------------	--------------------

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
------------	------------------------	--------------------	---------------------	------------------	-------------------	------------------------------	--------------	--------------------

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1016078999	HERNANDEZ	GONZALEZ	DAHIANNA	CAROLINA	2018-08	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE
CC	1016078999	HERNANDEZ	GONZALEZ	DAHIANNA	CAROLINA	2018-04	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2018	20/01/2001	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	20/01/2001	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	20/01/2001	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	20/01/2001	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	20/01/2001	30	BENEFICIARIO	4023

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.078.999
HERNANDEZ GONZALEZ

APELLIDOS
DAHIANNA CAROLINA

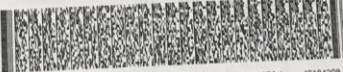
NOMBRES
Carolina Hernandez

FECHA

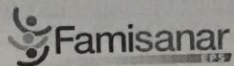


FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-AGO-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carolina Hernandez*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL BARRON TOMEZ

INDICE DERECHO



P-1530150-00477635-F-1016078999-20130930 0035166107A 1 40184208



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DAHIANNA DAHIANNA HERNANDEZ GONZALEZ identificado(a) con CC 1016078999 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 18/04/2018

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 19 días del mes de septiembre del año 2018.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 16 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que DAHIANNA CAROLINA HERANDEZ GONZALEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1016078999 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 05/04/2018 Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIOLOGICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSIS, 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 SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIOLOGICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSIS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIOLOGICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSIS, 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: C10160789991825983938

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:

16/09/2018 11:18 PM

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA