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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	1
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA PATRICIA AGUILAR ALDANA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52224687	
CORREO ELECTRONICO:	spaldana809@hotmail.com				CELULAR:	3133353272	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	PAPS ABASTOS -US39	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo					%	
	K30					100%	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380791496					PENSIONADO	No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0503-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	36812	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo 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.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2018		30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.232.426									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.556.686
VALOR EJECUTADO	$9.859.408
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.232.426
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.697.278
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil DIECIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA PATRICIA AGUILAR ALDANA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PÚBLICA		Sede: PAPS ABASTOS						
No. DE CONTRATO:	0503 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA PATRICIA AGUIAR ADANA		C. C.	52.224.687			DE	BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales 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 __X__

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud	SI	Durante el mes de septiembre se da cumplimiento con las actividades designadas según los lineamientos dados por la SDS, ya que se realizaron recorridos en calle, las actividades lúdico pedagógicas, tamizajes de VIH/Sifilis, escuchas activas y fortalecimiento a redes en los centros de escucha para población LGBTI distribuidos de la siguiente manera: 1 centro de escucha en la localidad de Fontibón, 1 centro de escucha en la localidad de Kennedy, 1 centro de escucha en la localidad de Bosa y 1 centro de escucha en la localidad de puente aranda, dando cumplimiento a las necesidades, expectativas e intereses de la comunidad LGBTI.	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
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.	SI	Se realizaron los respectivos productos como lo son: Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Desarrollo de Acciones Itinerantes en el Espacio Público, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	SI	Durante el mes de septiembre participe en el desarrollo de Acciones de centro de escucha para poblacion lgbti en el Espacio publico, en jornadas para la comunidad LGBTI según direccionamiento de la Subred y la Secretaría Distrital de Salud	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Se implementaron actividades lúdico-pedagógicas y participativas en cada uno de los centro de escucha para población LGBTI en las localidades de Kennedy, Fontibón , Bosa y Puente Aranda.	Fichas técnicas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información, formato entrega de preservativos e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Por medio de las actividades realizadas este mes se da cumplimiento con cada uno de los objetivos propuestos que tiene como finalidad empoderarse de cada una de las prácticas de cuidado para la salud con un enfoque biopsicosial y diferencial en la población LGBTI.	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Durante el mes de sep se yuvo asistencia técnica por parte de la SDS promotoras y protectoras de la salud del componente 3 centros de escucha para población LGBTI.	Acta y listado de asistencia.
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	Se concertan y se consolidan centros de escucha en lugares de homolesbitransocialización de las cuatro localidades de la subred sur occidente enfocandonos en las necesidades en salud de la población LGBTI.	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SI	Se realiza procesos de convocatorias a la población LGBTI en las cuatro localidades kennedy, fontibón, bosa y puente aranda con el fin de invitarlos a la participación y consolidación de redes.	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	SI	Organización de soportes de acuerdo a lo establecido en el lineamiento y las indicaciones por parte de la subred suroccidente de espacio público	Se presentaron los soportes y se efectuaron los cambios y/o sugerencias según lo informado por la refencia de espacio público
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Durante el mes de septiembre de 2018 se entregan los informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.	Envio de informes de acciones desarrolladas en la Subred, 1186 e informes.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.	SI	Se presentaron los soportes debidamente diligenciados y organizados según lineamientos.	Entrega de AZ con soportes en la línea de intervención de LGBTI. Entrega de soportes a lideres de proceso en las acciones que se apoyaron.
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Esto es según la adquisicion de la poliza de responsabilidad civil.	Entrega de AZ con soportes en la línea de intervención de crónicos. Entrega de soportes a lideres de proceso en las acciones que se apoyaron.

OBSERVACIONES: participacion de la reunion del equipo de espacio publico

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.232.426 Un millón doscientos treinta y dos mil cuatrocientos veintiséis pesos MTCE

Sandra Aguilar cc 52224687.

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL Sandra Patricia Aguilar

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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: 14-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SANDRA PATRICIA AGUILAR ALDANA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52224687 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección calle 16 h n. 100-73 int 9 piso 3 **Teléfonos** 3133353272 2985838

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DAVID SANTIAGO MEDINA AGUILAR	1016060327	HIJO(A)
MARIA HELENA MEDINA AGUILAR	1019984046	HIJO(A)

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	$ 14.785.352,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 14.785.352,00

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	007380791496	FONTIBON	$ 1.250,00

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
DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 600.000,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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: 14-sep-2018

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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. 14-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
AGUILAR	ALDANA	SANDRA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52224687

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES AGO AÑO 1974

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Pandi

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 16 h n. 100-73 int 9 piso 3

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2985838

EMAIL spaaldana809@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 BASICA											*TITULO* bachiller técnico comercial
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1992
										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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-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 Sub Red Sur occidente	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* epublicosurocidente@gmail.com
TELÉFONOS 3754019	*FECHA DE INGRESO* DIA 9 MES 3 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO gestor comunitario	*DEPENDENCIA* salud publica		*DIRECCIÓN* calle 9 n. 39-46

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	9	6
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	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 INCOPATIBILIDAD 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

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

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

Salud Total EPS S.A.

Bogotá, Septiembre 14 de 2018

Señora:
AGUILAR ALDANA SANDRA PATRICIA
CC. 52224687 CL 3B 18 08 P MADRID - 2985838
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 29 de 2007. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MEDINA AGUILAR DAVID SANTIAGO	1016060327	C	Ago-29-2007	376	0	HIJO CON INCAP. PERMANENTE	VIGENTE			Ninguna
MEDINA AGUILAR MARIA HELENA	1019984046	T	Ago-29-2007	394	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MEDINA RAMIREZ CARLOS ALBERTO	4145335	C	Ago-17-2007	373	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
AGUILAR ALDANA SANDRA PATRICIA	52224687	C	Ago-29-2007	377	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COLOMBIA ACTIVA	52224687	Dependiente	CERRADO
SANDRA PATRICIA AGUILAR ALDANA	52224687	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
SANDRA PATRICIA AGUILAR ALDANA	52224687	Trabajador Independiente	CERRADO
SANDRA PATRICIA AGUILAR ALDANA	52224687	Trabajador Independiente	CERRADO
SERVIAREVALO INTEGRAL Y CIA S A S	52224687	Dependiente	CERRADO
SERVIAREVALO INTEGRAL Y CIA S A S	52224687	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **SANDRA PATRICIA AGUILAR ALDANA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52224687,** se encuentra afiliado (a) desde **29/04/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	23	COLPENSIONES	10/08/1994	Afiliado sin cotizaciones entre 20070701 al 20071231 y con última cotización en COLPENSIONES

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 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.

ARL | sura

Medellín, 14 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que SANDRA PATRICIA AGUILAR ALDANA identificado(a) con cédula de ciudadanía 52224687 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:** 01/01/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

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: 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 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%

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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C522246871825755672

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: 14/09/2018 3.27 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA