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:**	2022-10-14	**Hasta:**	2022-10-31	
Nombre del Contratista:	PAOLA GERALDINE ALZATE RODRIGUEZ		**Número de Documento:**	1018487995	
Correo Electrónico:	paolageraldinne14@gmail.com		**Número Telefónico:**	3058655819	
Nombre del Supervisor:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	**Cargo:**	COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7415-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	2928
Perfil:	TECNICO 3 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
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$977211	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 977211**	**NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS ONCEPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-10-14	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-11-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1724490	**$ 1724490**	**$ 0**	**$ 1724490**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	1. Participar en los espacios de fortalecimiento de habilidades y capacidades del talento humano con la SDS para la correcta digitación de bases y/o aplicativo WEB	--Asistir a las reuniones de capacitacion y o retroalimentacion brindadas por parte de la SDS	-Acta y listado de asistencia
2	2. Realizar al interior de la Subred espacios para el fortalecimiento de competencias del talento humano y/o realimentación del proceso de gestión de la información.	--Se asiste a la reunion mensual de fortalecimiento de cada entorno.	--Acta y listado de asistencia.
3	3. Digitar la información en la bases de datos dispuestas por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.	--Se desarrolla la digitacion de los procesos de cada entorno correspondientes a cada mes, digitando en los aplicativos web dispuesto por SDS.	--Aplicativos web SDS, Drive seguimiento a digitacion.
4	4. Entregar las fichas de captura digitadas y no digitadas al técnico o tecnólogo en sistemas.	--Se diligencia drive de seguimiento con las variables digitado o no digitado.	-- Drive de seguimiento a digitacion.
5	6. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	--Se crea backup en el correo de gesi 2 con bases datos entregadas a secretaria y gestion documental.	--Correo gesisubredsur2@gmail.com
6	7. Las demás acciones que se requieran de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC.	--Realizar la digitacion de los diferentes aplicativos dispuestos por SDS y hacer la respectiva verificacion de la calidad del dato.	--Aplicativos web de SDS.
7	8. Corrección de hallazgos notificados por el técnico o tecnólogo en las bases de datos.	--Se realiza apoyo a GESI cuando tecnico o tecnologo/a lo solicite, depuracion de bases, correccion de hallazgos.	--Archivo plano de hallazgos.

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	488426980113

Paola G. Alzate 1018487995 Bta

PAOLA GERALDINE ALZATE RODRIGUEZ
1018487995

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

ARL | sura

Medellín, 21 de octubre de 2022

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

CERTIFICA:

Que PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1018487995 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 14/10/2022 **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:
C10184879952229436170

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: 21/10/2022 10:02 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **21/10/2022**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1018487995**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488426980113**
Fecha de apertura	**01/02/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 25549952

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) 3 — 3 INDEPENDIENTE

Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACION

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
ALZATE	RODRIGUEZ	PAOLA	GERALDINNE	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
1018487995	Femenino [X] Masculino [ ]	0 7 0 8 1 9 9 6	SOLTERO (A)	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
	PORVENIR	1,000,000

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CR 72 Q BIS # 43 SUR - 09	7135104	3058655819	PAOLAGERALDINNE14@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]		DISTRITO CAPITAL	2748 IPS COLSUBSIDIO SURA

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 doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento	Dirección

Municipio/Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular

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 doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

32. Datos de residencia	Dirección	Zona U R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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 doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

apoteme

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 25549952

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificacion de datos basicos de identificacion.
- [ ] 2. Correccion de datos basicos de identificacion.
- [ ] 3. Actualizacion del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminacion de la inscripcion en la EPS.
  - Codigo
- [ ] 6. Reinscripcion en la EPS.
- [ ] 7. Inclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisicion de las condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminacion de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad [ ] A. Regimen Contributivo [ ] B. Regimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Regimen [ ] B. Diferente Regimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del tramite de proteccion 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 basicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc | Numero del documento de identidad | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado — Codigo | 45. Caja de Compensacion Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaracion de dependencia economica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaracion de la no obligacion de afiliarse al Regimen Contributivo, Especial o de Excepcion.
- [ ] 48. Declaracion de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condicion de beneficiarios.
- [X] 49. Declaracion de no internacion del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institucion Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorizacion para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorizacion para que la EPS reporte la informacion que se genere de la afiliacion o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demas finalidades contenidas en su politica de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnologia), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de companias pertenecientes a Suramericana S.A.
- [X] 53. Autorizacion para que la EPS envie informacion al correo electronico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o deOficio	Codigo Asesor

IX. ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: Total:
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura publica, acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la union marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publicao sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separacion de cuerpos y escritura publica, acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la terminacion de la union marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defuncion de los padres o la declaracion suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorizacion de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificacion de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicacion	69. Fecha de validacion
Codigo del Municipio	Codigo del departamento	Numero de ficha	Puntaje	Nivel	

70. Datos del funcionario que realiza la validacion

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Numero del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

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 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

PAOLA GERALDINNE ALZATE RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.487.995**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Octubre 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.

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar | Búsqueda avanzada

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
3119600	7415-2022	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	Entidad Estatal	11 días de tiempo transcurrido (24/10/2022 2:00:00 PM UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	30/11/2022 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	Paola Geraldinne Alzate Rodriguez	1.724.490 COP	En ejecución	Detalle
632353	4307-2019	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	Entidad Estatal	6/03/2019 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	31/12/2019 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	Paola Geraldinne Alzate Rodriguez	15.889.720 COP	Terminado	Detalle
2735512	4727-2022	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	Entidad Estatal	16/03/2022 4:57:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	31/07/2022 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	Paola Geraldinne Alzate Rodriguez	9.158.400 COP	En ejecución	Detalle
854217	213-2020	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	Entidad Estatal	1/02/2020 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	3/05/2020 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	Paola Geraldinne Alzate Rodriguez	4.478.012 COP	Terminado	Detalle
2097709	7478-2021	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	Entidad Estatal	13/10/2021 9:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	31/12/2021 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	Paola Geraldinne Alzate Rodriguez	4.014.288 COP	En ejecución	Detalle

Ver más

Cambiar el estilo de paginación

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS