

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			SAMARIS CAROLINA					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1033701887
CORREO ELECTRONICO:			moon2026@hotmail.com			CELULAR:		3224187619
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PROGRAMAS Y ACCIONES PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K26	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			8480343089				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		8129			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	1565	FECHA	2022-08-16 08:42:26.000		NÚMERO DE CRP	30749	FECHA	2022-08-22 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2022-08-18			2022-08-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$937,238			
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO					VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:					\$3,161,617			
VALOR EJECUTADO					\$937,238			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$937,238			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$2,224,379			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					30%			
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 \$2.194,507 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	
00000	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Agosto de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
CHRISTIAN ACERO 1032393003 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE.	Se verifica la educación que se brinda al usuario durante los procedimientos.	Se brinda educación al grupo extramural e intramural y a la comunidad sobre promoción y prevención con la vacunación.
Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área, vigentes.	Se verifican los lineamientos y el manual técnico administrativo.	Se socializa al grupo extramural de vacunación y a las IPS visitadas el manual técnico administrativo del PAI. el uso adecuado de elementos de protección personal, se resalta la importancia de mantener el distanciamiento social, lavado de manos y/o higienización
Conocer y verificar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al paciente de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida.	Se realiza supervisión durante el procedimiento de vacunación	Se verifican los 10 correctos para la administración de los inmunobiológicos.
Realizar las acciones de salud pública de su responsabilidad en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural necesarios en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.	Se realiza la verificación y fortaleciendo del manejo de las diferentes actividades de promoción y prevención de acuerdo a la población objeto del PAI.	Se explica al usuario sobre signos, síntomas de alarma, cuidados post vacunales y medidas preventivas como lavado de manos, aislamiento social y uso de tapa bocas
Solicitar oportunamente al líder del área los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al coordinador o Líder.	Se hace solicitud oportuna a la referencia del programa de acuerdo a las necesidades identificadas durante las actividades extramurales e intramurales y de acuerdo a la necesidad de la localidad, En la contingencia covid se hace solicitud de elementos de protección para vacunadores	Se realiza solicitud y entregas de insumos para intramural como : Registros diarios de vacunación, kardex, censo de viviendas, elementos de protección a cada vacunador; entre ellos tenemos bata,gorro,monogafas,guantes
<p style="text-align: center;"> CHRISTIAN ACERO 1032393003 Supervisor </p>		
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08/2022

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SAMARIS CAROLINA SOTO ROZO

CC 1033701887 DE BOGOTA

La suma de NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS (\$937.238), por concepto de servicios como ENFERMERO PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 durante el periodo de 18 al 30 DE AGOSTO de 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 8129-2022



Samaris Carolina Soto Roza

CC 1033701887 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 008480343089

4/10/22, 11:59

Sticker web



Rad No. 2022-422-016310-2

Fecha: 2022-10-04 12:01 - Us 1023934147

Destino: DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

Remitente: SAMARIS CAROLINA SOTO

Asunto: SOLICITUD TERMINACIÓN BILATERAL DEL CONT

Folios: 1 Anexos:

RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN. NO IMPLICA ACEPTACIÓN

Bogotá D.C 29 de agosto 2022.

Doctora

SANDRA MILENA ROZO MATEUS

subgerente de Servicios de Salud

Sub red integrada de servicios de salud sur Occidente

Calle 9 No. 39-46

REFERENCIA: SOLICITUD TERMINACIÓN BILATERAL DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NÚMERO 8129-2022

Respetada Doctora **SANDRA MILENA ROZO MATEUS**, reciba un cordial saludo, me permito solicitar se estudie la posibilidad de dar por terminado de forma bilateral la orden de prestación de servicios No 8129-2022 cuyo objetivo es "prestar servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencia en el área 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" a partir del 26 de agosto de 2022

La anterior solicitud se hace a razón por motivos personales.

Agradezco la valiosa colaboración y comprensión a la presente

Cordialmente.

Samaris Carolina Soto Roza

CC 1033701887 De Bogotá

Cel: 3224187619

VoBo.

CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA

CC 1032393003 De Bogotá

Cel: 314 2258394



PAZ Y SALVO- CONTRATISTAS

Versión

1

Fecha de aprobación

22-16-2017

Código

04-02-FO-0010



NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA: SAMARIS CAROLINA SOTO ROZO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN : 1033701887

ÁREA Y/O DEPENDENCIA: PAI

FECHA DE DESVINCULACIÓN:

26-ago-22

SUPERVISOR	DIRECCION ADMINISTRATIVA	DIRECCION DE GESTION DEL	SISTEMA DE INFORMACION /	SEGURIDAD Y SALUD EN EL	DIRECCION FINANCIERA
Quien garantiza la ejecución total y con calidad del contrato de prestación de servicios. (Verificar entrega de archivos físicos y magnéticos por Gestión Documental)	Quien garantiza la entrega del inventario de elementos devolutivos que están a cargo del contratista.	Quien garantiza la entrega de elementos de identificación institucional.	Quien garantiza la cancelación del correo institucional, claves de acceso que le hayan sido asignadas.	Quien garantiza la entrega de documentos. En los casos que se requiera.	Quien garantiza el pago de los honorarios de acuerdo a las cuentas de cobro y certificaciones expedidas por el supervisor.
ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA FECHA: 01/09/2022 NOMBRE: Lina Soto Rozo	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA FECHA: 2 SEP. 2022 NOMBRE: Hector F. Soto Rozo	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA FECHA: 09/09/22 NOMBRE: Daniel Romero	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA FECHA: 09 SEP 2022 NOMBRE: T. Adonys Salas	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA FECHA: 09/09/22 NOMBRE: Nelson Bancel	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA FECHA: 09/09/2022 NOMBRE: Luz Yoneth Gomez
CARGO: as. G. 57	CARGO: Lina Soto Rozo	CARGO: T. Adonys Salas	CARGO: Prof. Especialista	CARGO: Aux. Area	CARGO: Teorica
FIRMA: [Firma]	FIRMA: [Firma]	FIRMA: [Firma]	FIRMA: [Firma]	FIRMA: [Firma]	FIRMA: [Firma]



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Hacienda
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:31/07/2020

CONTRIBUYENTE	C.C. 1033701887	SAMARIS CAROLINA SOTO ROZO
---------------	-----------------	----------------------------

INFORMACIÓN BÁSICA			
Dirección:	KR 29A 56F 15 SUR	Teléfonos:	3224187619
Dirección electrónica:	moon2026@hotmail.com	Ciudad:	BOGOTÁ DC
Fecha de inscripción:	28/02/2018	Municipio:	BOGOTÁ, D.C.
		Soporte Inscripción:	-

PERFIL TRIBUTARIO			
Naturaleza Jurídica:	PERSONA NATURAL	Régimen tributario:	PREFERENCIAL ICA
Matrícula Mercantil:	NO	Fecha de inicio de Actividades:	02/02/2011
		Fecha de cese de Actividades:	NO
		No. Establecimientos:	0
Actividad 1:	86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)		
Actividad 2:			
Actividad 3:			
Actividad 4:			
Actividad 5:			

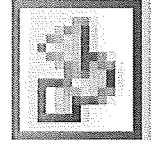
ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

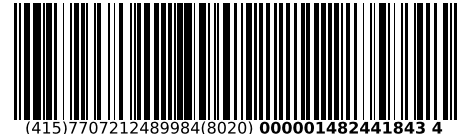
Fuente: RIT-SHD



2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14824418434



(415)7707212489984(8020) 000001482441843 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 3 7 0 1 8 8 7

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 3 3 7 0 1 8 8 7

27. Fecha expedición

2 0 0 6, 1 0, 2 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SOTO

32. Segundo apellido

ROZO

33. Primer nombre

SAMARIS

34. Otros nombres

CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 29 A 56 F 15 SUR

42. Correo electrónico

moon2026@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 2 4 1 8 7 6 1 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 1, 0 2, 0 2

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																						

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2022 - 04 - 22 / 14 : 55: 16

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SOTO ROZO SAMARIS CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.033.701.887**

SOTO ROZO

APELLIDOS

SAMARIS CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-SEP-1988**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

24-OCT-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00997086-F-1033701887-20180417

0060822684A 1

9903981256



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

03/10/2022

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora SAMARIS CAROLINA SOTO ROZO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1033701887**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570008480343089
Fecha de apertura	06/02/2013

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



**Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora
Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias**

Certifica

A Quien interese

Que SAMARIS CAROLINA SOTO ROZO identificada con cédula de ciudadanía número 1033701887 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002726124, vigente desde el 1 de Abril de 2020.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 5 de Octubre de 2022.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20221005-13:14-19250821

Bogotá
658 4000
484 1300

Resto del País
01 8000 517 526

Dirección
Av 19 # 109a - 30
Bogotá, Colombia

Correo
cliente@skandia.com.co

www.skandia.com.co



/SkandiaCol

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



No. de Radicación: 851102022
Fecha de Radicación: 05/10/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE (Leer las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☒ B. Colectiva ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidio ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS): 03

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

6. Apellidos y nombres: Soto, Carlos
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1033701882
9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento: 26/09/1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: ☐ 12. Discapacidad: ☐ 13. Puntaje SISBÉN: ☐ 14. Grupo de población especial: ☐
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: ☐ 16. Administradora de pensiones: ☐
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.200.000
18. Residencia: Bogotá
19. Zona: Urbana ☒ Rural ☐
20. Teléfono: 3224187619

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: ☐ 20. Tipo de documento de identidad: ☐
21. Número de documento de identidad: ☐ 22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento: ☐

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres: ☐ 25. Tipo de documento de identidad: ☐
26. Número de documento de identidad: ☐ 27. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
28. Fecha de nacimiento: ☐ 29. Tipo de documento de identidad: ☐
30. Número de documento de identidad: ☐ 31. Fecha de nacimiento: ☐

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS): ☐
34. Municipio / Distrito: Bogotá
35. Zona: Urbana ☒ Rural ☐
36. Departamento: Cundinamarca
37. Teléfono fijo y/o celular: 322361212

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

38. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: ☐ 39. Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1059
40. Nombre o razón social: ☐ 41. Tipo de documento de identificación: ☐
42. Número del documento de identificación: ☐ 43. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): ☐
44. Ubicación: ☐ 45. Dirección: ☐ 46. Teléfono: ☐ 47. Correo electrónico: ☐ 48. Municipio / Distrito: ☐ 49. Departamento: ☐

B. REPORTE DE NOVEDADES

50. Tipo de Novedad: ☐ 51. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: ☐
52. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: ☒ 53. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: ☐
54. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: ☐ 55. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: ☐
56. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: ☐ 57. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidio ☐
58. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
59. Reporte por fallecimiento: ☐ 60. Reporte del trámite de protección al cesante: ☐
61. Reporte de la calidad de Pre-pensionado: ☐ 62. Reporte de la calidad de Pensionado: ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

63. Datos básicos de identificación: ☐ 64. Tipo de documento de identidad: ☐
65. Número de documento de identidad: ☐ 66. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
67. Fecha de nacimiento: ☐ 68. Fecha: ☐
69. EPS anterior: ☐ 70. Motivo de traslado: ☐ 71. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: ☐

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

72. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: ☒ 73. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción: ☐
74. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios: ☐ 75. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud: ☐
76. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales: ☒ 77. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran: ☒
78. 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: ☒ 79. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto: ☒

VIII. FIRMAS

80. Firma del afiliado: ☐ 81. Firma del empleador o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio: ☐

IX. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ Total: ☐
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente: ☐
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital: ☐
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital: ☐
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor: ☐
87. Copia de la declaración de defunción de los padres: ☐
88. Copia de la declaración de defunción de los dos padres: ☐
89. Copia de la declaración de defunción de los dos padres: ☐
90. Copia de la declaración de defunción de los dos padres: ☐
91. Copia de la declaración de defunción de los dos padres: ☐
92. Copia de la declaración de defunción de los dos padres: ☐
93. Copia de la declaración de defunción de los dos padres: ☐
94. Copia de la declaración de defunción de los dos padres: ☐
95. Copia de la declaración de defunción de los dos padres: ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

96. Identificación de la entidad Territorial: ☐ 97. Datos del SISBÉN: ☐ 98. Fecha de radicación: ☐ 99. Fecha de validación: ☐
100. Datos del funcionario que realiza la validación: ☐ 101. Tipo de documento de identidad: ☐ 102. Número de documento de identidad: ☐ 103. 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.

Medellín, 05 de octubre de 2022

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

CERTIFICA:

Que SAMARIS CAROLINA SOTO ROZO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033701887 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 20/08/2022

Fecha fin cobertura: 31/08/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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% **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 SEVICIOS 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 SEVICIOS 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: C10337018872227857991

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:

05/10/2022 4.06 PM