| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE SALUD | SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS<br>Código: SDS-CON-FT-014 V.5 | Elaborado por: Luis Eduardo Zamora Sánchez<br>Revisado por: Ingrid Natalia Escobar<br>Aprobado por: Francisco José Guerrero Loaiza | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br>DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD - SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD | **CONTRATO No.**<br>C01.PCCNTR5132312 | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 5/07/2023<br>Fecha de Terminación: 4/03/2024 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN: 240 Días**<br>**PRÓRROGA:** |
| **CONTRATISTA:**<br>**Diana Patricia Fonseca Corredor** | | Fecha de Inicio:<br>Fecha de Terminación:<br>**SUSPENSIÓN:** |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**Dora Prada Duarte**<br>**Subdirector Técnico Código 68 Grado 06** | | Fecha de Inicio:<br>Fecha de Terminación:<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**5 al 30 JULIO 2023** |
| **OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestión de implementación y fortalecimiento del Sistema Obligatorio de garantía de Calidad en la Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud** | | |

| **BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $50.080.000 |
| **VALOR ADICIÓN:** | $0 |
| **VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:** | $0 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $6.260.000 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $43.820.000 |

| **ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL** | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES**<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato) | **AVANCE ACTIVIDADES**<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación) | **EVIDENCIAS O SOPORTE**<br>(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan) |
| **1**. Realizar visitas de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo a la asignación correspondiente, con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), y la normatividad vigente, levantando el acta correspondiente, conforme a los hallazgos según el protocolo definido para la planificación, ejecución y seguimiento de visitas de habilitación, queja, búsqueda activa y demás conforme a la competencia de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud — Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, utilizando los recursos | 1. Asistencia Técnica en campo.<br>USS Verbenal – Subred Norte<br>18/07/2023<br>2. Acompañamiento técnico.<br>USS Kennedy – Subred Suroccidente<br>3. Asistencia técnica USS Danubio programada 25/07/2023<br>4 -Asistencia técnica 27/07/2023<br>5. Asistencia técnica 31/07/2023<br>Programada | https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/yvosorio_saludcapital_gov_co/Documents/EVIDENCIAS/DIANA%20PATRICIA%20FONSECA%20CORREDOR/EVIDENCIAS%202023/JULIO%202023/OBLIGACION%201?csf=1&web=1&e=poaOxg<br>Listado de asistencia<br>Programación |

| | | |
|---|---|---|
| dispuestos por la entidad para tal 02fin. | | |
| **2**. Dar estricto cumplimiento al Anexo Técnico dependiendo de la necesidad o prioridad de los procedimientos que requiera la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. | | |
| **3 Apoyar los procesos administrativos relacionados con el objeto del contrato, dentro de los tiempos establecidos en el anexo técnico.** | Asistencia técnica telefónica 37<br>. Asistencia técnica en ventanilla 17<br>Asistencia técnica vía correo electrónico 7 | https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/yvosorio_saludcapital_gov_co/Documents/EVIDENCIAS/DIANA%20PATRICIA%20FONSECA%20CORREDOR/EVIDENCIAS%202023/JULIO%202023/OBLIGACION%203?csf=1&web=1&e=X6ZXGK<br>Formatos de asistencia técnica |
| **4.Asistir a las reuniones programadas por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud — Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, con el fin de unificar criterios y verificar las actividades adelantadas, de acuerdo con los lineamientos emitidos para tal efecto.** | Reunión Dirección de calidad 24/07/2023 AM<br>Reunión De subdirección 24/07/2023 PM<br>Reunión asistencia técnica para el día 26/07/2023 | https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/yvosorio_saludcapital_gov_co/Documents/EVIDENCIAS/DIANA%20PATRICIA%20FONSECA%20CORREDOR/EVIDENCIAS%202023/JULIO%202023/OBLIGACION%204?csf=1&web=1&e=ck72qU<br>Listado de asistencia |
| 5. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del Contrato, que apliquen de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual. | **Capacitación**<br>Bioseguridad General<br>Visitas Previas<br>Sistema Único de Acreditación<br>Sistema de Información para la Calidad-Resolución 256 de 2016<br>Bioseguridad en Odontología Resolución 3100 de 2019 | https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/yvosorio_saludcapital_gov_co/Documents/EVIDENCIAS/DIANA%20PATRICIA%20FONSECA%20CORREDOR/EVIDENCIAS%202023/JULIO%202023/OBLIGACION%205?csf=1&web=1&e=mUwDHW<br>Listado de asistencia |

**ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE**

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:

**DECLARACIÓN**: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

**INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL**

| APORTES EN SALUD | | APORTES EN PENSIÓN | | APORTES RIESGOS LABORALES | |
|---|---|---|---|---|---|
| Empresa: | Sanitas | Empresa: | Colfondos | Empresa: | Sura |
| Suma cancelada: | | Suma cancelada: | | Suma cancelada: | |
| No Planilla: | | No Planilla: | | No Planilla: | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mes(es) cancelado(s): | | Mes(es) cancelado(s): | | Mes(es) cancelado(s): | |

| **EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo: | | Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades: | | Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación): | |

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | **NOMBRES Y APELLIDOS:**<br>**Diana Patricia Fonseca Corredor** |
| | **FIRMA:** |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:52496367** |

| **INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO** | |
|---|---|
| Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 13,75% de ejecución del contrato.<br><br>El siguiente párrafo solo aplica para informe final, para parciales se debe eliminar<br><br>Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad. | **OTRAS OBSERVACIONES:** |

**INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO**

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

| ***Nº*** | ***Descripción del Riesgo*** | ***¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)*** | | ***Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)*** |
|---|---|---|---|---|
| | | ***SI*** | ***NO*** | |
| *1* | *Evento Natural adverso (terremoto, inundación, entre otros)* | | *x* | *N/A* |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO:** |
| | **FIRMA:** |

| | |
|---|---|
| **REVISÓ** | **NOMBRE Y APELLIDO:** |
| | **FIRMA:** |

❖ *El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.*

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.

** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.*

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



**E.P.S. Sanitas**
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

200000737

Fecha de Radicación

## I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: Fonseca | Segundo apellido: Corredor | Primer nombre: Diana | Segundo nombre: Patricia |

7. Tipo de documento de identidad: Cedula de Ciudadania
8. Número del documento de identidad: 52496367
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 27 04 1977

## III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:
16. Administradora de Pensiones: Colfondos
17. Ingreso Base de Cotización - IBC: 1160000
18. Residencia: Dirección: Carrera 50 #1-96
Teléfono Fijo: 6017200626
Teléfono Celular: 3005742523
Correo Electrónico: dpatricia313@hotmail.com
Municipio / Distrito: Bogota DC
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Localidad / Comuna: Puente Aranda
Departamento: Bogota

## 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 documento de identidad
21. Número del 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

| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | Tipo F | Tipo N | Tipo M | Condición T | Condición P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

32. Datos de residencia

| | Municipio / Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la I.P.S. Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | IA2451 |
| B | | 218416 |
| B | | |

## 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 documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 39. Ubicación Dirección | Teléfono Fijo | Correo Electrónico | | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

200000737



## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualizacion y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección 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 básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino | Sexo: Masculino | Fecha de Radicación | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|---|
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | | [ ] | [ ] | | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |

| 43. EPS Anterior | 44. Motivo de Traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [x] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [x] 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 52. Autorización para que la E.P.S. 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.
- [x] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| Diana Fonseca | |

## IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad

| | CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad | | | | 1 | | | | | 1 |

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. 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 unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado del Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación 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 afiliación de oficio

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| [ ][ ] | [ ][ ] | | | | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |

| 70. Datos funcionario que realiza la validación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| [ ][ ][ ][ ][ ] | | |

Observaciones:

Fisio 21-06-2023
F. Fin. 30-09-2023

Pendiente Pago 06-2022.

| Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial | Sello de radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| C.C. No. | EPS sanitas OFICINA ZONA IN RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 21 JUN 2023 | |

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

CC-21C100033 Oficina Zonal

Medellín, 21 de julio de 2023

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

## CERTIFICA:

Que DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR identificado(a) con cédula de ciudadanía 52496367 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 04/07/2023 **Fecha fin cobertura:** 15/03/2024

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD N800246953**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
1841301 - REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, INCLUYE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE PROGRAMAS DESTINADOS A AUMENTAR EL BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD EN MATERIA DE: SALUD, EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE, SERVICIOS RECREATIVOS, MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE VIVIENDA, TALES COMO MINISTERIOS, SUPERINTENDENCIAS Y COMISIÓN DE REGULACIÓN ENTRE OTROS

**CLASE DE RIESGO:** 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000009 - VACUNACION -VERIFICADORES R3

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**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: C524963672320284502

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## 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: 21/07/2023 11.28 PM

CE-006 - 0000000100 – 2023

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 52496367 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Fonseca Corredor,Diana Patricia |
| TIPO DE AFILIADO | Segundo Cotizante |
| TIPO DE TRABAJADOR | N/A |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 07/01/2015 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Fonseca Corredor,Diana Patricia, a los 25 días del mes de julio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación