

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                        | Versión<br>3                     |             |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                                                    |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |             |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |             |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ                   |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 1022351276 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | GONZALEZ.FLOR2356@GMAIL.COM                        |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 6017029058 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                    |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | COLECTOR INSTRUMENTACION HOSPITALARIA USS FONTIBON |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO03H02           | 100                       |                                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DE BOGOTA           |                                                    |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 542301619                                          |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 6070                      |                                                    |                        | VIGENCIA                         |             | 2023                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 288               | FECHA                     | 2024-01-17 10:45:28.000                            | NÚMERO DE CRP          | 8661                             | FECHA       | 2024-01-17 10:59:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | INSTRUMENTADOR QUIRURGICO |                                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                              | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA       | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    | 2023-08-04             |                                  |             | 2023-08-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                    | \$3,275,376            |                                  |             |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                    |                        |                                  | \$3,501,264 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                        |                                  | \$3,275,376 |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                    |                        |                                  | \$3,275,376 |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                    |                        |                                  | \$0         |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                    |                        |                                  | \$225,888   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                    |                        |                                  | 94%         |                                                                                     |            |
| El intervisor 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                                                                       |            |
| DOCUMENTOS SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                  | \$908,526         | \$113,566                 |                                                    | \$145,364              | 3                                | \$22,132    | \$281,062                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |                   |                           |                                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ<br>52705161<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                  | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                               | PRODUCTOS                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.           | Se asisten procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.                                        | Por medio de listas de chequeo, base de datos de procedimientos realizados y registro formato de instrumentación en dinámica. |
| Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía.                                                                                      | Se verifica por medio de los indicadores la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía dando el aval del cumplimiento de los parámetros de los indicadores. | Se adjuntan en hoja iso los indicadores de los equipos utilizados en cada procedimiento.                                      |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.                                                                | Se cumple con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.                                                                            | Manteniendo la confidencialidad de la historia clínica de cada paciente.                                                      |
| Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones en el sistema de información de la subred.                                               | Se realiza registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones en el sistema de información de la subred.                                                         | Se diligencia formato de instrumentación quirúrgica en dinámica.                                                              |
| Mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | Se mantienen actualizadas las bases de datos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.                                          | Se actualiza base de datos y se envían correos respectivos.                                                                   |
| Participar en la programación de las actividades de la subred.                                                                                                              | Se participa en la programación de las actividades de la subred.                                                                                                                          | Se diligencian actas respectivas y se obtienen certificados.                                                                  |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la subred.                                                                               | Se reporta los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la subred.                                                                                           | Se reportan los eventos en plataforma Almera                                                                                  |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio.                                                                                                            | Se notifica las fallas de calidad que se presenten en el servicio.                                                                                                                        | Se notifica las fallas con los tickets al área encargada.                                                                     |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes.                                                                                     | Se imparten las instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes.                                                                                            | Por medio de las listas de chequeo                                                                                            |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.                                      | Se diligencia en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.                                                  | Se diligencia formato de instrumentación quirúrgica en dinámica.                                                              |
| Realizar los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.                                                               | Se realizan los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con el perfil de instrumentador quirúrgico dentro del servicio.                                                         | Se asisten los procedimientos y se diligencian listas de chequeo.                                                             |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                     | N/A                                                                                                                                                                                       | N/A                                                                                                                           |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la subred.                                                   | Se apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la subred.                                                               | Diligenciando listas de chequeo y actualizando las bases de datos.                                                            |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento.                      | Se elabora informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y se entrega al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento.                                   | Informe de actividades en las cuentas de cobro.                                                                               |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                      | Se participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales nos convocan.                                                                                   | Se firman las actas.                                                                                                          |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                            | N/A                                                                                                                                                                                       | N/A                                                                                                                           |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                               | Se conoce y da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                            | Se socializan y se implementan                                                                                                |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.                                                                                                           | N/A                                                                                                                                                                                       | N/A                                                                                                                           |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                     | Se entrega la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                                 | Se adjuntan soportes de pago a cuenta de cobro                                                                                |

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ  
52705161  
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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ**  
**C.C 1022351276 DE BOGOTA D.C.**

La suma de \$ 3.275.376 por concepto de: (Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Instrumentador dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la Institución. INSTRUMENTADOR QUIRURGICO) durante el periodo del 04 al 31 de AGOSTO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6070-2023



**FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ**  
**C.C 1022351276 DE BOGOTA D.C.**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**  
**NUMERO: 542301619**

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1022351276, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro  |
|------------------|---------------|
| 20230711         | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Agosto de 2.023

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
22581682

CER-AFI

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.351.276**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Agosto del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 17 de agosto de 2023

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

**CERTIFICA:**

Que FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022351276 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 04/08/2023

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

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

**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

**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:**

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

C10223512762322953175

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:

17/08/2023 2.46 PM