

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Secretaría de Planeación y Desarrollo Urbano</small>
			Fecha de aprobación	09/11/2016	
			Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				EFRAIN GUERRERO SANCHEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		91161959						
CORREO ELECTRONICO:				efra8527@hotmail.com				CELULAR:		3142366829					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								PA30							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC				SEDE:		Bosa					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K25	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				656778490				PENSIONADO		NO					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				0235-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				8 DE 11			
NÚMERO DE CDP		1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP		36605	FECHA		2018-08-31					
OBJETO DEL CONTRATO:				El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					1	9	2018		30	9	2018				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.613.395											
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0							
OBSERVACIONES:															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO										VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$17.747.345					
VALOR EJECUTADO										\$12.907.160					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.613.395					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$4.840.185					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										73%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 1.953,105 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES

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

 YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 EFRAIN GUERRERO SANCHEZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
---	--

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

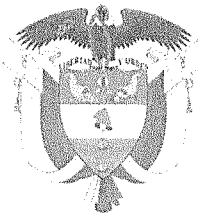
Version: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		PA30		Sede:		PAPS LAURELES						
No. DE CONTRATO:		0235-2018		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	9	2018		30	9	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		EPRAIN GUERRERO SANCHEZ		C. C.		91 161 959			DE		Florida Blanca	
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente												
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <u>X</u> NO <u> </u> Servicios: SI <u>X</u> NO <u> </u>												
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS				
Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico para el PAI		SI		Soporte de manual de convivencia para la estrategia PAI - Extramural				Manual de convivencia firmado como aceptación del mismo				
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente		SI		Durante el alistamiento de termos y paquetes fríos se aplican los pasos descritos en el manual PAI para garantizar el cumplimiento de la cadena de frío y se diligencian los formatos de acuerdo a la calidad esperada				Registro de temperatura, de sanitización, y registro de humedad				
Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar.		SI		Se realiza lavado de termos al finalizar la jornada laboral, las loncheras de carga de insumos se mantiene limpio y organizado teniendo en cuenta que los insumos limpios estén separados de lo contaminado				Termos, paquetes fríos y loncheras limpios en el servicio				
Realizar actividades de auxiliar de enfermería intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la institución		SI		De acuerdo a la asignación por parte de los jefes inmediatos, en el mes de SEPTIEMBRE desarrolle mis actividades en la estrategia Concentraciones				Registros de sis diarios de vacunación, en cada una de las estrategias				
Informar y 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 según recomendaciones del tecnovigilante		SI		En este mes se garantiza por parte de la institución los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades y no se presintió ninguna anomalía				Se evidencia con la presencia de la papelería que se utilizó para los registros adecuados				
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		SI		Socialización de lineamientos del programa para el desarrollo de PAI de acuerdo a las diferentes estrategias				Registro de asistencia al comité PAI extramural				
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental		SI		Se realiza diligenciamiento del registro diario de vacunación kardex y formato de casa visitadas con la calidad esperada, sin tachones ni enmendaduras y diligenciando todas las variables de acuerdo a la información suministrada por los usuarios				Sis diarios de vacunación debidamente diligenciados, hoja de censo de viviendas de la población objeto				
Brindar 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 VSB		SI		Durante el procedimiento de vacunación se brinda educación acerca de las vacunas que se van a aplicar, los beneficios, cuidados en casa y los posibles eventos seguidos a la vacunación de igual manera se realiza demanda inducida de acuerdo a las necesidades de los usuarios atendidos.				Indicación de cuidados postvacunales y oferta de servicios de la subred suroccidente				
Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida		SI		Durante el procedimiento de vacunación se aplican los correctos de vacunación				Procedimientos basados en los correctos de vacunación				
Realizar lectura e interpretación del carne de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.		SI		Se realiza lectura del carnet de vacunas y se confirma la información con el aplicativo PAI en conectividad, de acuerdo a disponibilidad de esta herramienta informática				Carnets debidamente diligenciados				
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución		SI		Se asiste a cada uno de los lugares programados según la estrategia de vacunación				Durante este mes se realizó la estrategia de concentración Casa a Casa, logrando vacunar 2 segundos de pentavalente, 3 tercetos de pentavalente, 6 triple viral de año 5 R1, 4 R2, y 5 DPT A, inf adulto 300 inf año 12 - F A 257				
Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboraciones de la institución. Promover en el área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los referentes locales a favor de las actividades de salud		SI		Mi actitud es amable con mis compañeros de trabajo y en la vacunación casa a casa se hace notificación a los líderes de la comunidad				Ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramural ni de los usuarios				
Asistir a reuniones programadas por la ESE y/o entidad territorial		SI		En el mes de SEPTIEMBRE se asiste a las reuniones según programación. Soporte en listados de asistencia				Soporte de asistencia a reuniones				
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el hospital		SI		Se maneja de manera confidencial la información y actividades desarrolladas, garantizando custodia y cuidado de la información				Se maneja una comunicación asertiva bajo la confidencialidad				
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI		SI		Aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades				Se realizan las técnicas de vacunación bajo los lineamientos del manual técnico administrativo PAI				
OBSERVACIONES:												
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1,613.395 un millón seiscientos trece mil trescientos noventa y cinco												
 EPRAIN GUERRERO SANCHEZ C.C 91.161.959						Fecha: 01/07/2018 Firma de recibido supervisor:						

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

V. B.



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Kennedy

SIDEAPO

Última Actualización: 13-sep-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GUERRERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANCHEZ	NOMBRES EFRAIN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 91161959	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 91161959 D.M. 18		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES NOV AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Cesar CIUDAD Pelaya		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 129 B 139 28 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3142366829 EMAIL efra8527@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA												TÍTULO BACHILLER		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	DICIEMBRE	AÑO	2004

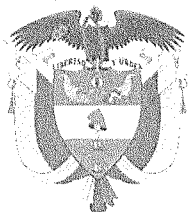
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	12 2011	No especificada



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Kennedy

SIDEAPO

Última Actualización: 13-sep-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD RED SUR OCCIDENTE E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3756579	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA PAI	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PABLO VIO BOSA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD pai@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS 7799800	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 4 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ENFERMERIA PAI	DEPENDENCIA PAI	DIRECCIÓN CL 73 A SUR 80 N 39	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

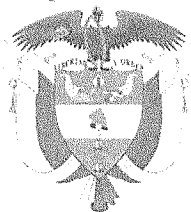
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	5	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	5

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ____ NO ____ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA CONVIERTEN, ARTÍCULO 62 DE LA LEY 109/95



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Kennedy

SIDEAP

SISTEMA INTEGRADO DE EVALUACIÓN DE PERSONAL

Última Actualización: 13-sep-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Usaquén



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EFRAIN GUERRERO SANCHEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 91161959 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 129 B 139 28

Teléfonos 3142366829 3142366829

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUCIANA GUERRERO AREVALO	1220225643	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 18.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.600.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
AVVILLAS	AHORROS	656778490	PLAZA IMPERIAL	\$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	IVV470	\$ 30.000.000,00
OTRO	OUC77C	\$ 5.000.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO BOGOTA	PRESTAMO	\$ 17.000.000,00



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Kennedy



Última Actualización: 13-sep-2018

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: **SI** ☒ **NO** ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

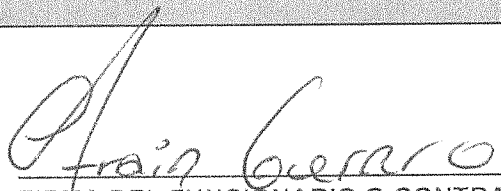
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
LINA MARCELA AREVALO PASTAS	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	53026176

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) EFRAIN GUERRERO SANCHEZ identificado(a) con C.C No. 91.161.959, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de septiembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantias

Medellín, 13 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que EFRAIN GUERRERO SANCHEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 91161959 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 14/01/2017 / Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE SUB RED SUR OCCIDENTE 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% 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%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C911619591825658079

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el

13/09/2018 4:07 PM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO



Certificación
de afiliación

Certificado de Afiliación

El Señor EFRAIN GUERRERO SANCHEZ , identificado con Cédula Ciudadanía 91.161.959, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	EFRAIN GUERRERO SANCHEZ	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	91161959	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:	Cra 139b-129 28	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC
Teléfono actual de residencia:	2255430		

Documento Aportante

91161959

Razón Social

GUERRERO SANCHEZ EFRAIN

Fecha Inicio

01/08/2017

Fecha Fin

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 13 días del mes de Septiembre de 2018, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro: