

					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:			ANGIE ESTEFANIA ABRIL SASTOQUE					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1023033119
CORREO ELECTRONICO:			estefaniasastoque802@gmail.com			CELULAR:		3208517578
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A D LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10L01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			91236846518				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		6965			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000	NÚMERO DE CRP	9234	FECHA	2024-01-17 10:59:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2023-11-22			2023-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$587,016			
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo			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:					\$1,956,720			
VALOR EJECUTADO					\$587,016			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$587,016			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$1,369,704			
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	
soporte de afiliacion	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente. LUZ DARY CAMPOS MORENO DIRECTORA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS 52249303 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
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación		
Recepción de muestras y radicación de estas en el Sistema de Información con control de códigos de facturación		
Recolección de las muestras en las unidades y transporte de estas al Laboratorio Central de Patología		
. Participar en la programación de actividades del área		
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred		
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de elegibilidad, oportunidad e integridad		
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado		
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin		
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales		
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato		
Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales		
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato		
Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual		

LUZ DARY CAMPOS MORENO DIRECTORA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
52249303
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



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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGIE ESTEFANIA ABRIL SASTOQUE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.033.119**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 24 de noviembre de 2023

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

CERTIFICA:

Que **ANGIE ESTEFANIA ABRIL SASTOQUE** identificado(a) con cédula de ciudadanía 1023033119 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 23/11/2023

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, FONOAUDILOGÍA, 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, FONOAUDILOGÍA, 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, FONOAUDILOGÍA, 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:

C10230331192332835274

Atentamente,

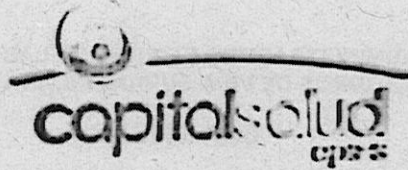


Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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:

24/11/2023 9.47 AM



CERTIFICA

Que la señora ANGIE ESTEFANIA ABRIL SASTOQUE con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No. 1023033119 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen subsidiado en la ciudad de Bogotá, ficha siben 3036416, desde 16 de marzo de 2019, sin ninguna discapacidad.

Se expide el día 20 de octubre del 2023 a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S
cualquier información adicional será atendida con gusto en nuestra línea
de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S

Proyectó: COORDINACIÓN DE OPERACIONES





CERTIFICA

Que la usuaria ANGIE ESTEFANIA ABRIL SASTOQUE con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No.1023033119 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen contributivo en la ciudad de Bogota desde 7 de junio de 2023, sin ninguna discapacidad.

Se expide a los 18 dias del mes Diciembre de 2023 a solicitud del interesado.

Informacion adicional en nuestra Linea de Atencion al Usuario
01 8000 122219

Cordialmente



18 DIC 2023

RECIBO SIN ACEPTACIÓN
HORA: _____

18 DIC 2023

Número de Radicación

Fecha de Radicación

18/12/2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).

1. Tipo de Trámite:

RECIBO DE AFILIACIÓN

A. Afiliación ☒

B. Reporte de Novedad

B. Colectiva ☐

A. Individual:

- Cotizante o Cabeza de Familia ☒

- Beneficiario o afiliado adicional ☐

3. Régimen

A. Contributivo ☒

B. Subsidiado ☐

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)

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos

ABRIL

SASTOQUEBA

ANGIE

ESTEFANIA

7. Tipo documento de identidad

CC

8. Número de documento de identidad

1023033119

9. Sexo

Femenino ☒

Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento

10/01/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad

Tipo F N M

Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingresos base de cotización - IBC

18. Residencia

Dirección

Carrera 6 # 80A1P502

7644872

3208517578

1160.000

Bogotá

Zona

Urbana ☒

Rural ☐

Usme

Localidad/Comuna

Bogotá

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 completos

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

20. Tipo 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 completos

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

B1

B2

B3

B4

B5

25. Tipo de documento de identidad

26. Número de documento de identidad

27. Sexo

Femenino ☐

Masculino ☐

28. Fecha de nacimiento

B1

B2

B3

B4

B5

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

B1

B2

B3

B4

B5

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito

Zona

Urbana

Rural

Departamento

Teléfono fijo y/o celular

33. Valor de la UPC del afiliado adicional

B1

B2

B3

B4

B5

Selección de la IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C

B

B

B

B

Código de la IPS

(a registrar por la EPS)

B

B

B

B

B

B

B

B

B

B

B

B

B

B

B

B

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

ANGIE ESTEFANIA ABRIL SAS

36. Tipo de documento de identificación

CC

37. Número del documento de identificación

1023033119

38. Tipo de aportante o pagador a pensiones

(a registrar por la EPS)

Independiente

39. Ubicación

Carrera 6C N 80A1P502

3208517578

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

3208517578

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

Estefania Sastoque

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☒ 13. Movilidad
☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.	☒ A. Régimen Contributivo
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ B. Régimen Subsidiado
Código <input type="text"/>	☐ 14. Traslado
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ A. Mismo Régimen
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ B. Diferente Régimen
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.	☐ 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 de documento de identidad	Sexo
		Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado	42. Fecha
		Código <input type="text"/>	11/01/2012
		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.

☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

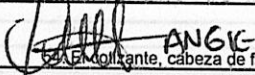
☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

☒ 51. Autorización para que la EPS 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.

☒ 52. 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.

☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

 Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
--	--

IX. ANEXOS

☐ 56. Copia documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC

Cantidad ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ Total

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura 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 la unión marital.

☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

☐ 62. Documento en 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		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Número documento de identidad			

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.

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

DEBE A:

ANGIE ESTEFANIA ABRIL SASTOQUE
C.C 1.023.033.119 De Bogotá

La suma de 587.016, por concepto de: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería durante el periodo de 22 al 30 de noviembre de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6965 -2023


ANGIE ABRIL
ANGIE ESTEFANIA ABRIL SASTOQUE
C.C 1.023.033.119 De Bogotá
CELULAR 320 851 7578

Dirección Carrera 6 C No 80 a 18 sur
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 91236846518