

					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:			liney pacheco figueroa					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52844695
CORREO ELECTRONICO:			nfamr5sos03@gmail.com			CELULAR:		3103236395
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K30	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24124934315				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		6273			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	289	FECHA	2024-01-17 10:55:11.000	NÚMERO DE CRP	10996	FECHA	2024-01-17 11:59:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		TECNICO AMBIENTAL						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2023-12-15			2023-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,149,957				
TIPO DE SERVICIOS		PIC		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:						\$15,983,516		
VALOR EJECUTADO						\$12,627,245		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,149,957		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$3,356,271		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						79%		
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		
73059383	\$1,310,416	\$163,802	\$209,667	3	\$31,922	\$405,390		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ 52279556 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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Realizar un plan de acción por equipo donde se incluyan las actividades de cada uno de los equipos y perfiles para el desarrollo del producto. Dicho plan deberá contener seguimiento quincenal y deberá presentarse en formato entregado por las SDS y Participar en las mesas ejecutivas del componente geográfico para aportar al análisis de calidad de vida y salud. Debe participar el geógrafo y el profesional especializado.	Ficha técnica y listados de la convocatoria que dé cuenta de lugar, espacio, donde se realiza la actividad.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	Participación en reuniones al interior de la subred para el análisis en la mitigación de la enfermedad, avances y operación de estrategias en salud mental referente a las MAPS.	Soporte de recorrido barrial y mapa de cartografía social y actas de la misma.
Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por Guardianes del cuidado comunitario.	Desarrollo de los recorridos identificando la población, Realizando observación dirigida con la comunidad a fin de identificar factores positivos y negativos que inciden en el bienestar de las comunidades. De igual forma se pueden desarrollar acciones como grupos focales con líderes, que permitan la identificación de factores de riesgo o factores positivos que inciden en las comunidades.	Diligenciamiento de registro de encuestas y caracterización realizadas en Drive de Guardianes del cuidado comunitario.
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la secretaria Distrital de Salud y la Subred.	Se cuenta con la disponibilidad si se requiere desarrollar jornadas por parte de la secretaria Distrital de Salud o la Subred.	Según direccionamiento técnico.
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	Realizar plan de acción por barrio intervenido de acuerdo a los resultados y análisis. Establecimiento de objetivos acordes a los resultados, desde el enfoque social y comunitario.	Actas y registro Fotográfico de las acciones realizadas en IEC Itinerantes, realizando socialización por medio de las piezas comunicativas en los puntos críticos en las localidades de Kennedy, Bosa, Puente Aranda y Fontibón
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	Se brinda información que requiera la comunidad y líderes en cuanto a las contingencias que se presenten con base en la información que la Secretaria de Salud Distrital extienda de manera oficial para ser divulgada.	Actas de asistencias técnicas Distritales y direccionamientos para la operación del lineamiento.
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	Realizar revisión bibliográfica de la zona con el fin de obtener información histórica que aporte a la construcción de la línea base documental que permita complementar con la obtenida en campo en las diferentes actividades del proceso.	Actas de recorrido para la definición de barrios.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la secretaria Distrital de Salud	organización de los recorridos identificando la población que tiene alto riesgo, se realizan caracterizaciones de la zona para luego realizar información y educación sobre la emergencia sanitaria En los barrios priorizados .	"Plan de acción mensual de cronograma por localidad, UPZ, Barrio, diligenciamiento de registro de encuestas y caracterización realizadas en los barrios priorizados. Actas de recorridos diarios."
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Participación en reuniones de asistencia técnica de la Subred.	Actas de participación y listados de asistencia técnica local y Distrital.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	Se realiza entrega de información requerida por el líder de la estrategia Guardianes del Cuidado Comunitario.	Se realizaron los ajustes a los productos presentados mensualmente.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	La identificación y monitoreo de patrones de transmisión comunitaria de enfermedades en conglomerados poblacionales, entornos y territorios de alto riesgo epidemiológico y sectores densamente poblados o de bajo acatamiento del confinamiento consideradas como zonas de cuidado especial.	Actas de desarrollo de intervenciones comunitarias para el abordaje de riesgos en salud con énfasis en salud mental, movilización de red de recursos institucionales y comunitarios.

<p>Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).</p>	<p>Se realiza entrega de información requerida por el líder de la estrategia GUARDIANES DEL CUIDADO COMUNITARIO.</p>	<p>Actas soporte de reunión de análisis de resultados. Aporte a Informe mensual de la implementación de los componentes del Entorno comunitario.</p>
<p>MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ 52279556 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

0007390

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



compensar | salud
eps

No. de Radicación

Fecha de Radicación

09/02/2024 A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado:	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: <ul style="list-style-type: none"> Cotizante o cabeza de familia Beneficiario o afiliado adicional 	A. Contributivo	A. Cotizante	59
B. Reporte de Novedades	B. Colectiva	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	
	C. Institucional		C. Beneficiario	
	D. De oficio			
			5. Tipo de cotizante:	
			A. Dependiente	
			B. Independiente	
			C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Primer Apellido: Pacheco	CC	52844695	Femenino	19/06/1982
Segundo Apellido: Figueroa			Masculino	
Primer Nombre: Linet				
Segundo Nombre:				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: F, N, M Condición: T, P			Sura	compensar
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	Dirección	Zona	Teléfono fijo	Teléfono celular
1300000		calle 24 sur 16845	Urbana	310226395	
Correo electrónico: linetpacheco@gmail.com		Municipio / Distrito: Soledad	Rural		
		Localidad / Comuna: Pinarica			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer Apellido:			Femenino	18/01/1984
Segundo Apellido:			Masculino	
Primer Nombre:				
Segundo Nombre:				

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

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino / Masculino
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de residencia			33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)										
D	M	M	A	A	A	Tipo	Condición	Municipio / Distrito											
B1						F	N	M	T	P									
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
	1015		
39. Ubicación		37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación ☐
2. Corrección datos básicos de identificación ☐
3. Actualización documento de identidad ☐
4. Actualización 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 ☐
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 por 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		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad ☐		Número de documento de identidad		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino		Fecha de nacimiento	
						D D M M A A A A	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			
		Código					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐	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 ☐
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. ☐	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐
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. ☐	

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
--	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total <input type="text"/>	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐	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. ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐
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. ☐	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐	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. ☐

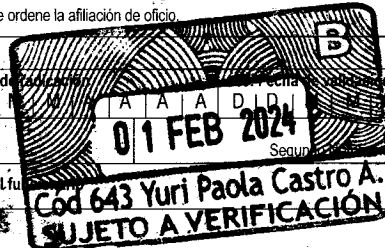
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de validación	
Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		Número de la ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		D D M M A A A A	
70. Datos del funcionario que realiza la validación		Segundo Apellido		Primer Nombre	
Primer Apellido					
Tipo de documento de identidad ☐		Número de documento de identidad		71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

El pago Retiro febrero / marzo / abril operador

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.



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LINEY PACHECO FIGUEROA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52844695**, se encuentra afiliado/a desde **05/05/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de enero de 2024.


Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellín, 12 de febrero de 2024

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

CERTIFICA:

Que LINEY PACHECO FIGUEROA identificado(a) con cédula de ciudadanía 52844695 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/10/2023

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52844695

NUMERO

PACHECO FIGUEROA

APELLIDOS

LINEY

NOMBRES

Liney Pacheco

PHOTO



FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1982

PUERTO LIBERTADOR
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

05-JUL-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-1500108-45085051-F-0052844695-20001012 06871002855 02 082536562



DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 02/2024

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

NIT: 900.959.048-4

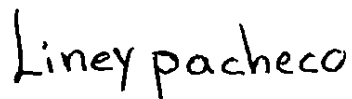
DEBE A:

LINEY PACHECO FIGUEROA

C.C 52.844.695 DE BOGOTA D.C

La suma de **2.460.374** (Dos millones cuatrocientos sesenta mil trescientos setenta y cuatro pesos m/c) por concepto de servicios como **TECNICO AMBIENTAL** durante el periodo del 1 al 29 de febrero del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°**1310-2024**

Firma

A handwritten signature in black ink that reads "Liney pacheco". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

LINEY PACHECO FIGUEROA

C.C 52.844.695 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL NUMERO 24124934315