Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-03-06	**Hasta:**	2024-03-31	
Nombre del Contratista:	SANDRA PAOLA PAEZ FLOREZ		**Número de Documento:**	1022988295	
Correo Electrónico:	paezsandra085@gmail.com		**Número Telefónico:**	3227522550	
Nombre del Supervisor:	CHRISTIAN LLANO VILLEGAS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4369-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	763
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	147	0	13372	$1965684	95.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1965684**	**UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-03-06	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-05-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	MARZO	$ 1965684	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7381344	**$ 7381344**	**$ 1965684**	**$ 5415660**

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Implementar estrategias para garantizar la asesoria, asistencia tecnica y acompañamiento tecnico segun organizacion interna realizada en la subred.	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO
2	Realizar alistamiento, preparacion y organizacion para recibir asistencia tecnica por parte de vigilancia en salud publica y demas entidades.	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO
3	Realizar cruces de informacion con diferentes fuentes para la digitacion, revision, seguimiento de los eventos de interes en salud publica de notificacion obligatoria.	-SE REALIZA LA DESCARGA DE REPORTES GENERADOS DESDE DINAMICA GERENCIAL ITEM CONSULTA FICHAS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DIAS ANTERIORES Y POR HORAS PARA CAPTAR REALIZAR CRUE CON CONSOLIDADO DE NOTIFICACION Y VERIFICAR EVENTOS PENDIENTES POR NOTIFICAR SOLICITADOS A LA UNIDAD REQUERIDA	-RCHIVOS XLS - ARCHIVO FALTANTES - CORREO ENVIADO SOLICITUD
4	Garantizar que ante cualquier caso de personas captadas y en quienes se identifique un evento de notificacion obligatoria y/o una condicion de riesgo vital; esta condicion o evento, se debera notificar de manera oportuna, verificando la efectividad de esta notificacion y se deberan realizar las canalizaciones necesarias otros actores, segun competencia.	-SE REALIZA LA DESCARGA DE LA FICHA, SE REALIZAR LA PRECRÍTICA DE LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN, SE VERIFICAN LOS DATOS POR LOS APLICATIVOS PAI - COMPROBADOR DE DERECHOS - GEO CODIFICADOR DE DIRECCIONES, SE ENVÍA A PERSONA ENCARGADA DE NOTIFICACIÓN DE ENVENTOS EN SALUD PUBLICA USS MEISSEN PARA EL INGRESO AL APLICATIVO SIVIGILA Y EL ENVIO A LOS CORREOS CORRESPONDIENTES SEGÚN CORRESPONDA (TÉCNICO SIVIGILA LOCALIDAD, SIVIM, SISVECO,VESPA). SE REALIZA PRE CRITICA ENVIÓ A CORREO PARA SU INGRESO A SIVIGILA	-FICHAS EN MAGNETICO Y SOPORTE DE CORREO ENVIADO
5	Realizar gestion y procesos de articulacion local, que garanticen la adecuada operacion; haciendo enfasis en los espacios de vida cotidiana y otros componentes del pic.	-ENVIO DE DATOS DE USUARIOS QUE REQUIERAN NOTIFICACION POR EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA PARA REFERENTES LA UNIDAD NECESARIA DEPENDIENDO DE RESULTADOS DE LABORATORIOS ALTERADOS	-SOPORTE DE CORREO ENVIADO
6	Desarrollar acciones se seguimiento, concurrencia, verificacion de soportes y demas procesos de preauditoria establecidos para garantizar la calidad de las actividades y productos; generando planes de mejora segun necesidad.	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO
7	presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestion documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato unico de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO
8	Revisar y consolidar los archivos o documentos que en el marco de la gestion que se solicite.	-SE REALIZA LA DESCARGA DE REPORTES GENERADOS DESDE DINAMICA GERENCIAL ITEM CONSULTA FICHAS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DIAS ANTERIORES Y POR HORAS PARA CAPTAR REALIZAR CRUE CON CONSOLIDADO DE NOTIFICACION Y VERIFICAR EVENTOS PENDIENTES POR NOTIFICAR SOLICITADOS A LA UNIDAD REQUERIDA	-ARCHIVOS XLS - ARCHIVO FALTANTES - CORREO ENVIADO SOLICITUD

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Analizar la informacion y tomar decisiones para el cumplimiento de las acciones con calidad y oportunidad contribuyendo a la consolidacion y analisis de los indicadores.	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO
10	Convocar y coordinar las actividades de alistamiento para el desarrollo de las unidades de analisis de los eventos de interes en salud publica que se presenten y que sea requeridos por la secretaria distrital de salud y en la institucion.	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO
11	Participar en el comite de vigilancia epidemiologica y estadisticas vitales de eventos de interes en salud publica.	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO
12	Ejecutar la disponibilidad para el equipo de vigilancia institucional	-DISPONIBILIDAD FIN DE SEMANA ENVÍO DE LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE LAS UNIDADES MEISSEN – TUNAL, SEGÚN CORRESPONDA AL TÉCNICO SIVIGILA Y A LA USS CORRESPONDIENTE, ENVIÓ DE FICHAS CON PRE CRÍTICA Y ARCHIVOS PLANOS DE LAS FICHAS INGRESADAS AL SIVIGILA	-FICHAS EN MAGNETICO Y SOPORTE DE CORREO ENVIADO
13	Realizar la busqueda activa institucional de los eventos de interes en salud publica.	-SE REALIZA LA DESCARGA DIARIA DE REPORTES GENERADOS DESDE DINAMICA GERENCIAL ITEM BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL PARA CAPTAR EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA POR CIE_10 DX GENERADO POR EL MEDICO REALIZAR FICHA DE NOTIFICACION SEGÚN CORRERSPONDA	-ARCHIVOS XLS DIARIO BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL _DRIVE BAI MEISSEN -SOPORTE DE CORREO ENVIADO
14	Coordinar las acciones que se requieran para el desarrollo y cumplimiento de las actividades segun las metas definidas.	-REALIZAR APOYO Y ORIENTACION EN UNIDADES DE ATENCION EN SALUD PARA REALIZACION PROCESO DE NOTIFICACION EISP Y DE BUSQUEDA ACTIVA INSTIRUCIONAL DE CASOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA	-ACTA DE CAPACITACION CORREO ELECTRONICO
15	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO	-NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD PARA EL PERIODO

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	437326747

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA PAOLA PAEZ FLOREZ	2024-03-22 13:08:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	CHRISTIAN LLANO VILLEGAS	2024-03-22 13:10:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-03-25 15:01:01
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-04-12 14:35:54

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

CHRISTIAN LLANO VILLEGAS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

© Siasur - 2024

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SANDRA PAOLA PAEZ FLOREZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.022.988.295 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 437326747, abierta/o desde el 8/7/2021.

Se expide en Bogotá el día 22 del mes de Marzo del año 2024 con destino a: A quien interese



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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: C10229882952408242618

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: 22/03/2024 11.50 AM

ARL | sura

Medellín, 22 de marzo de 2024

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

CERTIFICA:

Que SANDRA PAOLA PAEZ FLOREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022988295 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 07/03/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

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: 0000000001 - ASISTENCIAL

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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:
C10229882952408242618

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: 22/03/2024 11.50 AM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	07062024

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).* Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]	A. Individual: [X] - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: PAEZ	Segundo apellido: FLOREZ	Primer nombre: SANDRA	Segundo nombre: PAOLA

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C.	1.022.988.295	Femenino [X] Masculino [ ]	11 06 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
N.A	Tipo [F][N][M] Condición [T][P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
SURA	PROVENIR	

18. Residencia			
Dirección	Teléfono: 3227522550	Teléfono celular: 3227522550	Correo electrónico: paezsandra0896@mail.com
Municipio/Distrito: BOGOTA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: USME	Departamento: BOGOTA

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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 Tipo F	N	M	Condición T	P
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 (a registrar por la EPS)
B1						
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)
C		
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección 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 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 — [X] A. Régimen Contributivo; [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen; [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FAEZ	FLOREZ	SANDRA	PAOLA.

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	1.022.988.295	Femenino [X] Masculino [ ]	11 06 1993	07 03 2004

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
N.A	[ ]	N.A.

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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
[signature]	

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		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

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.

VIGILADO Supersalud

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:

SANDRA PAOLA PAEZ FLOREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.988.295**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Marzo del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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