ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS- 506 DE 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	ANA MARIA MARGARITA AREVALO OROZCO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	AURA MARIA GOMEZ DE LOS RIOS	**Teléfono / Extensión**	432 27 60 ext. 1748
Dependencia	DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES en los temas inherentes a la coordinación del Grupo de Gestión de Contratación, así como brindar asesoría jurídica en el marco de los procesos, planes y proyectos propios de la Dirección		
Fecha de Inicio	24/04/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

0

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	24/04/2024	**Hasta**	30/04/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Asesorar a la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES en los asuntos que se originen en la etapa precontractual, contractual y postcontratual de la Entidad.			N/A
2	Brindar asesoría jurídica al Grupo de Gestión Contractual, al Grupo de Talento Humano, al Grupo de Gestión Administrativa y Documental y al Grupo de Gestión Financiera que conforman la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES en los asuntos que le sean asignados.	El 29 de abril se realiza reunión para plantear un plan de trabajo frente al tema de incapacidades y las licencias de maternidad		N/A
3	Apoyar a la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES en los procesos de	Se realizo asesoría jurídica con el tema del sancionatorio		N/A

	presunto incumplimiento contractual	de la clínica del Bosque, en la etapa de decreto de pruebas		
4.	Brindar acompañamiento jurídico a la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES en el seguimiento y control de los planes, programas y proyectos que sean de su competencia	Respecto al plan de mejoramiento de la Superintendencia de Salud, se realizó reunión el día 29 de abril, donde se realizan observaciones al documento y se procede a realizar las correcciones a la Guía para la identificación y tratamiento del riesgo en los procesos de contratación de la Adres		N/A
5.	Brindar asesoría jurídica en los comités que se requiera la participación de la Directora Administrativa y Financiera de la ADRES		.	N/A
6	Prestar apoyo en la revisión de informes que se encuentren a cargo de la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES.			N/A
7.	Emitir los conceptos jurídicos que le sean requeridos por la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES.			N/A
8.	Revisar los actos administrativos emitidos por los Grupos que integran la Dirección Administrativa y Financiera de la Adres y que requieran aprobación de esta Dirección	Se realizo revisión de procesos disciplinarios a los siguientes expedientes: 1- Expediente 004/ 2024 2- Expediente 006/2024 3- Expediente 012/2023 4- Expediente 023/2023 Por otra parte se realizó revisión de procesos disciplinarios, frente al tema de reintegro de incapacidades y licencias de maternidad.		N/A

		Lo anterior se encuentra soportado en formato de asistencia a reuniones los días 26 y 29 de abril.		
9.	Revisar jurídicamente los documentos que le sean asignados por la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES.	Se realizo revisión de procesos disciplinarios a los siguientes expedientes: 5- Expediente 004/ 2024 6- Expediente 006/2024 7- Expediente 012/2023 8- Expediente 023/2023 Por otra parte se realizó revisión de procesos disciplinarios, frente al tema de reintegro de incapacidades y licencias de maternidad. Lo anterior se encuentra soportado en formato de asistencia a reuniones los días 26 y 29 de abril.		N/A
10.	Cumplir con las demás actividades que estén relacionadas con el objeto contractual			N/A

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



Firma del Contratista
Fecha: 7/05/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$205.498.434	$0	$ 5.641.135	0	$ 199.857.299

La ADRES cancelará a la CONTRATISTA, la suma de Cinco millones seiscientos cuarenta y un mil ciento treinta y cinco ($5.641.135)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9464097689	694.900	01/03/2024	31/03/2024	02/05/2024
Pensión	9464097689	945.000	01/03/2024	31/03/2024	02/05/2024
ARL	9464097689	58.200	01/03/2024	31/03/2024	02/05/2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☒ NO ☐

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas:

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

Aura María Gómez

AURA MARIA GOMEZ DE LOS RIOS

Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 7/05/2024

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

Bogotá D.C., 7 de Mayo de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
ANA MARIA MARGARITA AREVALO OROZCO	**32.846.664**

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☒ NO ☐
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 6910 Tarifa ICA 8.66%
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-506 de 2024
Fecha de Inicio: 24-04-2024 Fecha de Terminación: 31-12-2024
Valor total del Contrato: $205.498.434 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $ 5.641.135

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder **SI** a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge identificado (a) con la C.C. No. no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año gravable 2023; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de ($ 8.344.413), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,

Firma:
Cédula de ciudadanía No. **32.846.664**
Bogotá D.C., 7 de Mayo de 2024

ANA MARÍA MARGARITA ARÉVALO OROZCO
32.846.664-8
CL 23 68 50 TO 8 AP 201
(601) 4601627
Bogotá - Colombia
ammao22@gmail.com

Espacio para
Logo Corporativo

Factura electrónica de venta N°. 333

Cliente: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES
Nit: 901.037.916-1
Teléfono: (031) 4322760 - Ext. 000
Dirección: Av. Calle 26 No. 69- 76 Torre 1 Piso 16
Ciudad: Bogotá - Colombia
Correo: aura.gomez@adres.gov.co

Fecha y hora Factura	
Generación	06/05/2024, 16:23
Expedición	06/05/2024, 16:23
Vencimiento	06/05/2024
Vendedor	Ana María Margarita Arevalo
Centro de costo	0
Cotización	

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES en los temas inherentes a la coordinación del Grupo de Gestión de Contratación, así como brindar asesoría jurídica en el marco de los procesos, planes y proyectos propios de la Dirección. ID 649	1.00	5,641,135.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cinco millones seiscientos cuarenta y un mil ciento treinta y cinco pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 5,641,135.00

Total Bruto	4,740,449.58
IVA 19%	900,685.42
Total a Pagar	5,641,135.00

Observaciones:
Primer pago Contrato ADRES-CPS-506-2024

Elaborado por

Firma recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764063238446 aprobado en 20240103 prefijo desde el número 324 al 450 Vigencia: 6 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 6910 Actividades jurídicas Tarifa 9.66
CUFE: 7f4ed6948fd39aa38968f35d4b1ad3a4816b6b089690bc82671c2ccfd1b453385ff813ef5dec2ec6a5ebd252d0d4d27f

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32846664		AREVALO OROZCO ANA MARIA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 23 # 68 - 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4601627	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	609167960	9464097689	I	2024/04/15	2024/05/02	BANCO DAVIVIENDA	17	$1,698,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,480,000	$931,600			$5,480,000	$685,000			$0	$0			$5,480,000	$57,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,480,000	$931,600			$5,480,000	$685,000			$0	$0			$5,480,000	$57,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,480,000	$931,600			$5,480,000	$685,000			$0	$0			$5,480,000	$57,300		$0	$0
1	CC	32846664 AREVALO ANA	230301	30	$5,480,000	$931,600	EPS010	30	$5,480,000	$685,000		0	$0	$0	14-23	30	$5,480,000	$57,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,480,000	$931,600			$5,480,000	$685,000			$0	$0			$5,480,000	$57,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32846664		AREVALO OROZCO ANA MARIA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 23 # 68 - 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4601627	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	609167960	9464097689	I	2024/04/15	2024/05/02	BANCO DAVIVIENDA	17	$1,698,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$931,600	$13,400	$0	$945,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$931,600	$13,400	$0	$945,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$57,300	$900	$0	$58,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$57,300	$900	$0	$58,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$685,000	$9,900	$0	$694,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$685,000	$9,900	$0	$694,900
TOTAL				1	$1,673,900	$24,200	$0	$1,698,100

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14973052271

(415)7707212489984(8020) 000001497305227 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 8 4 6 6 6 4	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 2 8 4 6 6 6 4	1 9 8 9 1 2 1 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Sabanalarga 6 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AREVALO	OROZCO	ANA	MARIA MARGARITA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 23 68 50 TO 8 AP 201 CONJ PUERTO BAHIA

42. Correo electrónico: ammao22@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 6 0 1 6 2 7	3 0 0 2 4 2 8 0 8 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
6 9 1 0	1 9 9 4 1 0 2 9					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	2	2	4	8	5	2																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 17 / 08 : 50: 49

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

 # 17674275

CERTIFICADO DE PAGOS POLIZAS DE SALUD

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

NIT 890903790 - 5

CERTIFICA

ENTIDAD O PERSONA	ANA MARIA MARGARITA AREVALO OROZCO
IDENTIFICACIÓN	C 32846664
CONCEPTO	Pagos polizas de salud Nro(s). 1018606
CIUDAD	BOGOTA D.C.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE BENEFICIARIO	PARENTESCO	PERIODOS DE PAGO	PRIMA PAGADA
C 32846664	ANA MARIA MARGARITA AREVALO OROZCO	AFILIADO(A)	12	$ 7,947,060

VALOR PRIMA PAGADO DURANTE EL 2023	**$ 7,947,060**
VALOR IVA PAGADO DURANTE EL 2023	**$ 397,353**
VALOR TOTAL PAGADO DURANTE EL 2023	**$ 8,344,413**

Ciudad y Fecha de Expedición

Medellín, 09 de febrero de 2024

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:

ANA MARIA MARGARITA AREVALO OROZCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.846.664**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANA MARIA MARGARITA AREVALO OROZCO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **32846664** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32846664
NOMBRES Y APELLIDOS	ANA MARIA MARGARITA AREVALO OROZCO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/05/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	350
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	43

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **06/05/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS