Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACION
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4530 2024	**C.D.P. No.:**	2868	**Proceso que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Servicio al que pertenece:	HOSPITALIZACION
				Unidad a la que pertenece:	MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: NUBIA GALINDO CAMACHO **C.C.** 52.383.075 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2024-08-17 **Fecha Terminación inicial:** 2024-10-31 **Valor Mensual:** $ 2.671.200 **Valor a cobrar:** $ 2.671.200

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 2.671.200	$ 0	0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.284.740	$ 6.284.740	$ 2.671.200	$ 3.613.540

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOSTECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-09-01 **Hasta:** 2024-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato para el desarrollo de las mismas	Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato para el desarrollo de las mismas durante el mes de SEPTIEMBRE DE 2024	Programacion de actividades diarias
2	Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (recibo y entrega de turno, actividades de enfermeria y demás actividades que se deriven del proceso de enfermeria	Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (recibo y entrega de turno, actividades de enfermeria y demás actividades que se deriven del proceso de enfermeria en el mes de SEPTIEMBRE DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
3	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte	Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte en el mes de SEPTIEMBRE DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
4	Informar a la enfermera jefe del servicio y al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada	Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
5	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolucion diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermeria integral del paciente	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermeria integral del paciente	Aplicativo Almera y registro en dinamica gerencial
6	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
7	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales	Seguimiento supervisión
8	Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades	Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades el mes de SEPTIEMBRE DE 2024	Libro de Inventario servicios
9	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según politica institucional de humanización	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según politica institucional de humanización	Formato de educacion al paciente y la familia
10	Mantener la reserva y confidencialidad de la información clinica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la institución	Mantener la reserva y confidencialidad de la información clinica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la institución	lista de chequeo autocontrol u verificacion de adherencia a protocolos de enfermeria

11	Realizar asesorias pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clinica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes	Realizar asesorias pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clinica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
12	Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico (pruebas rápidas	Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico (pruebas rápidas	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
13	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales durante el mes de SEPTIEMBRE 2024	Seguimiento supervisión
14	Solicitar, Alistar, entregar, custodiar y retornar limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional	Se solicita, Alista entrega, custodia y retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional en el mes de SEPTIEMBRE DE 2024	Formatos de Limpieza y desinfeccion MI-TV-FT-131 Y MI-TV-FT-052 Seguimiento supervision
15	Cumplir con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patologia	Se cumplio con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patologia el mes de SEPTIEMBRE DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
16	Realizar la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clinicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente	Se recepciona, la custodia y entrega oportuna de las historias clinicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente del mes de SEPTIEMBRE 2024	Seguimiento supervisión
17	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E S E	Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E S E	Seguimiento supervisión
	Organizar el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno	Se realizo limpienza recuerente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente, para el mes de SEPTIEMBRE 2024	Formatos de Limpieza y desinfeccion
19	Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas	Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas el mes de SEPTIEMBRE DE 2024	Seguimiento supervisión
20	Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio	Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio en el mes de SEPTIEMBRE DEL 2024	
21	Responder por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirurjica para la elaboración de paquetes teniendo en cuenta las tareas de autoclaves de Esterilizacion en cuanto acomodacion de la cargas en la camara, colocación diaria de test Bowie & Dick y el monitoreo del proceso de validacion de cada carga y registro en los formatos correspondientes	Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area en el mes de SEPTIEMBRE 2024	Seguimiento supervisión
22	Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometria del servicio.	Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometria del servicio el mes de SEPTIEMBRE DE 2024	Seguimiento supervisión
23	Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes de SEPTIEMBRE 2024	Seguimiento supervisión
24	Apoyar el cumplimiento obligatorio de garantia de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de SEPTIEMBRE DE 2024	Seguimiento supervisión
25	Realizar acompañamiento al profesional de enfermeria en la revisión mensual del carro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador según protocolo institucional. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado en el mes de SEPTIEMBRE 2024	Seguimiento supervisión

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Nubia Yolanda Camacho
Firma del Contratista

C.C. 52 383 075 **de** bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	NATALY DUQUE SALAZAR
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

V.B

CUENTA DE COBRO 01 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Nit. 9000959051-7

NUBIA GALINDO CAMACHO

C.C 52383075 BOGOTÁ D.C.

LA SUMA DE:

DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL DOS CIENTOS PESOS MCTE

($2.671.200)

Por concepto de 240 horas honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato N. PS 4530 2024 correspondiente al mes del 01 al 30 de septiembre 2024.

OBJETIVO PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ENFERMERA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Nubia Galindo Camacho

NUBIA GALINDO CAMACHO

Cédula: 52383075

Teléfono: 3144046514

Dirección: Carrera 46 #59c sur

No cuenta bancaria 912-564116-15

FECHA: 30 de septiembre de 2024

Certificación Bancaria

Bancolombia

Sábado, 27 de julio de 2024

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **NUVIA GALINDO CAMACHO** identificado(a) con CC. **52383075** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	912-564116-15	2023/08/18	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

VIGILADO

ORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud EPS

de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante	B. Cabeza de familia	C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
. Afiliación	A. Individual	B. Colectiva	A. Contributivo				
. Reporte de novedades X	• Cotizante o cabeza de Familia X	C. Institucional	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente	B. Independiente X	C. Pensionado	57
	• Beneficiario o afiliado adicional	D. De oficio					

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

Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo: Femenino X	Masculino	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
X				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M / Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	

Correo electrónico	Zona: Urbana / Rural X	Localidad / Comuna	Departamento

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: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino
31							
32							
33							
34							
35							

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M / Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
31									
32									
33									
34									
35									

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)
01		
02		1065
03		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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 pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

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 X
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 Regimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del tiempo 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

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	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 diferentes razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acredite la condición de beneficiario
49. Declaración de no información 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 histor a clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales X
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
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 env[illegible] al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante o cabeza de familia

55. Firma del beneficiario o afiliado adicional

56. Firma del funcionario responsable de la afiliación o actualización o Sello de la Entidad Promotora de Salud

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. Extranjería Cant. PA Cant. [illegible] Cant. 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 [illegible] de identidad de [illegible]
62. Documento [illegible] de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o [illegible] suscrita por el cotizante en la ausencia de los dos padres
63. Copia de la [illegible] de Salud
64. Certificación de [illegible] a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acta [illegible] en la que consta la calidad de [illegible]

27 JUL. 2024

Cód. 01 Hora 15:34:14 Folios 2 Sede [illegible]
SUSPENSIÓN TEMPORAL DE ACTIVIDADES

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Subsidiado

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.308-8

CERTIFICA QUE:

NUVIA GALINDO CAMACHO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.383.075**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 26 de Julio 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.*

ARL

sura

Medellin, 5 de septiembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que NUVIA GALINDO CAMACHO con documento de identidad C52383075, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE con NIT N900959051.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-08-16	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA