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 – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DIANA CAROLINA REYES LINARES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.024.551.438				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5016 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**	16/09/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.672.900	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y QUINCE (15) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.672.900	**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$ 2.671.200		
Nº DE INFORME:	2	**Nº CRP:**	42611	**Nº CDP:**	3033
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 MESES Y 15 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2L V HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, se realizaron: 240 Horas para el mes de Octubre 2024
2	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.
3	Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.
4	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
5	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermeria integral del paciente.
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 facturación.
7	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales.
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.
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.
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.
11	Realizar asesorias pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales segun solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clinica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes.
12	Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico.
13	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.
14	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.
15	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 patología.
16	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.
17	Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.
18	Se realizo limpieza recuerente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.
19	Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas.
20	Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
21	Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area.
22	Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometria del servicio.
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.
24	Se realizo la parupacion en las reuniones y capacitaciones programadas.
25	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos segun formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	0	**OPERADOR:**	SOI		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**		
SALUD:	FAMISANAR		$ -		
PENSIÓN:	PORVENIR		$ -		
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ -		
OTRO					
TOTAL PAGADO			$ 0		

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2 - Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, fut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scoop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4 - Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasion al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Diana Reyes

DIANA CAROLINA REYES LINARES
C.C: 1024551438
CEL: 3002991694

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DIANA CAROLINA REYES LINARES

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.024.551.438

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5016 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		16/09/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.672.900		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.671.200
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	**N° CRP INICIAL:**	42611	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3033
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 MESES Y 15 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1		**OPERADOR:**	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2L V HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION 0	PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el articulo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NATHALY DUQUE SALAZAR** **Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria** **WENDY CORDOBA MOLANO** **Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria**

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CAROLINA REYES LINARES	**CC:**	1024551438
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	DCRL26351@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3002991694
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 90D SUR 7D 06 ESTE	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCO CAJA SOCIAL	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24130362612**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 5016 2024	**3033**	**N°. RP:**	**42611**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 1 MESES Y 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**16/09/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 3672900**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**				**2.671.200**
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y UB MIL DOSCIENTOS PESOS				

Diana Reyes

DIANA CAROLINA REYES LINARES
1024551438
3002991694

ARL | sura

Medellin, 28 de mayo de 2024

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

CERTIFICA:

Que DIANA REYES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024551438 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 03/04/2024 **Fecha fin cobertura:** 30/11/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FUNDACION LA ESPERANZA DE AMALY N900307312

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5869201 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE BANCOS DE SANGRE, BANCOS DE ESPERMA, BANCOS DE ÓRGANOS PARA TRANSPLANTES, ETC, INCLUYE TAMBIÉN LAS UNIDADES RENALES
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5869201 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE BANCOS DE SANGRE, BANCOS DE ESPERMA, BANCOS DE ÓRGANOS PARA TRANSPLANTES, ETC, INCLUYE TAMBIÉN LAS UNIDADES RENALES

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5869201 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE BANCOS DE SANGRE, BANCOS DE ESPERMA, BANCOS DE ÓRGANOS PARA TRANSPLANTES, ETC, INCLUYE TAMBIÉN LAS UNIDADES RENALES
CODIGO DE ACTIVIDAD: 5869201
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), 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:
C10245514382414958169

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 28/05/2024 4:00 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA REYES LINARES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.551.438,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DIANA CAROLINA REYES LINARES Identificado con CC 1024551438

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CONTADOR, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24130362612
Fecha de apertura:	12 de Enero de 2024
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE , realizada en la Oficina 0042 SANTA LIBRADA de la ciudad de BOGOTA, el día Martes, 27 de Agosto de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO

Famisanar

NIT 830 003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

29 05 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Diligencia: A. Afiliación [X] B. Registro de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Beneficiario [X] B. Cotizante [ ] C. Independiente [ ] D. Pensionado [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ] C. Excepción [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cotizante de Tercera [ ] C. Beneficiario [X]
5. Tipo de aportante: A. Empleador [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
6. Código: [ ]

II. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres	Reyes	Linares	Diana	Carolina
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	1.024.551.438	9. Sexo: F [X] M [ ]
10. Fecha de nacimiento	09	03	1994	

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Ocupación (Trabajo Formal - ARL)	16. Ocupación (Trabajo Independiente)
			N01	SUPER	PERIODISTA

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
	Calle 90 d sur No 7d-06 este Bogotá			N/A	3002941644

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

18. Apellidos y nombres	Reyes	Linares	Diana	Carolina
29. Tipo de documento de identidad		31. Número del documento de identidad	32. Sexo F [ ] M [ ]	33. Fecha de nacimiento

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

	34. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01	Vargas	Reyes	Valery	Sofia
02	Pineda		Jefferson	
03				
04				
05				

	35. Tipo de documento de identidad	36. Número del documento de identidad	37. Sexo F / M	38. Fecha de nacimiento	39. Parentesco	40. Edad
01	TI	1024558467	X	9 12 8 2 2 0 0 3	hijo	19
02	TI	1014358467	Y		hijo	
03						
04						
05						

	41. Discapacidad			42. Datos de residencia				43. Clase de la UPC que el afiliado adicional tiene reconocida por la EPS de origen
	F	M	Cognitiva	Municipio	Zona U	Zona R	Dirección, teléfono fijo o celular	
01				Bogota	X		3002941644	
02								
03								
04								
05								

Selección de la IPS Primaria

	44. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS
A		
B		
C		
D		
E		
F		

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

45. Nombre o razón social	46. Tipo de documento de identificación	47. Número de identificación	48. Tipo de aportante o pagador de pensiones a registrar ante la EPS
	CC	1024551438	

49. Ubicación				
Calle 90d sur No 7d-06 este	3002941644	dcal26351@gmail.com	Bogota	Bogota

B. REPORTE DE NOVEDADES

50. Tipo de Novedad				
1. Modificación de Datos Básicos de Identificación [ ]	2. Corrección de Datos Básicos de Identificación [ ]	3. Actualización del documento de identidad [ ]	4. Actualización y corrección de Datos Complementarios [ ]	5. Terminación de la afiliación en la EPS [ ] Código: [ ]
6. Reactivación en la EPS [ ]	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]	9. Movilidad [ ]	10. Suspensión temporal de afiliados por no pago de aportes [ ]
11. Novedades para reportar información de aportantes [ ]	12. Cambio de régimen [ ]	13. Movilidad A Régimen Contributivo [ ]	14. Movilidad A Régimen Subsidiado [ ]	15. Traslado A Otra EPS [ ]
16. Otra novedad [ ]	17. Terminación de la relación de cotizante o pérdida de las condiciones para ser beneficiario [ ]	18. Terminación de la relación de cotizante o pérdida de las condiciones para ser beneficiario de un afiliado adicional [ ]	19. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]	20. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
21. Novedades para reportar información de aportantes [ ]	22. Cambio de régimen [ ]	23. Movilidad A Régimen Contributivo [ ]	24. Movilidad A Régimen Subsidiado [ ]	25. Traslado A Otra EPS [ ]
26. Otra novedad [ ]	27. Terminación de la relación de cotizante o pérdida de las condiciones para ser beneficiario [ ]	28. Terminación de la relación de cotizante o pérdida de las condiciones para ser beneficiario de un afiliado adicional [ ]		

29. Reporte del Traslado de Afiliación al Cesante [ ] 30. Reporte de la Cesantía [ ] 31. Reporte de la Cesantía [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

51. Datos básicos	Reyes	Linares	Diana	Carolina
Tipo de documento de identidad	CC	Número de identificación	1024551438	Sexo F [X] M [ ]
53. Fecha de nacimiento	09	03	1994	54. Fecha de expedición 29 05 2024
52. EPS anterior		55. Código		56. Clase de Cotización / Aportante o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

58. Declaración de responsabilidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
59. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo / Especial o de Excepción
60. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que prueban la condición de beneficiarios
61. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que prueban la condición de beneficiarios
62. Declaración de no existencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra afiliación Prestadora de Servicios de Salud
63. Declaración de no existencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra afiliación Prestadora de Servicios de Salud
64. Autorización para que la EPS acceda y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
65. Autorización para que la EPS acceda y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
66. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades en la base de datos de afiliados a partes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
67. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades en la base de datos de afiliados a partes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
68. 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
69. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular (sms) suministrado en la ficha

VIII. FIRMAS

Diana Reyes

IX. ANEXOS

70. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: [ ] Total: [ ]
71. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente
72. Copia del registro civil de nacimiento o de la escritura pública en la que conste la declaración o sentencia judicial que declare la unión marital
73. 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
74. Copia del certificado de antecedentes disciplinarios
75. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
76. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
77. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
78. Certificación de vinculación a una entidad administradora para recibir afiliaciones colectivas
79. Copia del acto administrativo o providencia de los adversarios competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de cotizante de la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

80. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	81. Dato del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	82. Fecha de radicación	83. Fecha de validación

84. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES

85. Firma del funcionario

Autorizo que con el fin de dar tramite a mi afiliación, mis datos sean tratados de acuerdo a la información registrada y de las finalidades contenidas en el capítulo VII de este formulario. Diana Reyes

- ORIGINAL ÚNICA -

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Famisanar

NIT 830 003 564-7

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	[X]	[ ]
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	[X]	[ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	[X]	[ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	[X]	[ ]
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	[X]	[ ]
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	[X]	[ ]

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del Afiliado:

Diana Reyes

Nombres y Apellidos: Diana Carolina Reyes Ingres

Identificación: 1024551438

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner