Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDI PAOLA FORERO ROJAS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1013587242	
CORREO ELECTRONICO:	leidipaolaforero@gmail.com				CELULAR:	3222272827	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC EDUCATIVO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K29	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488408005111				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	10267			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2616	FECHA	2024-12-13 10:27:27.000	NÚMERO DE CRP	80714	FECHA	2024-12-19 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-12-17		2024-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,303,718				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3,198,456
VALOR EJECUTADO	$1,303,718
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,303,718
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,894,738
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	41%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1013587242	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes	En este periodo se realizan acciones como psicólogo en el entorno educativo con el producto Iniciativas de cuidado y bienestar, dando cumplimiento al anexo del documento operativo, desarrollando acciones en educación para la salud mediante iniciativas comunicativas con un total de 10 sesiones en 2 grupos en juntas de acción comunal implementado en niños, niñas y adolescentes para ser transmitidos por ellos a la comunidad invitada de la localidad de Kennedy, durante el receso escolar.	Actas, reportes, formato de sesiones colectivas y registro fotográfico.
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado	N/A	N/A
Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada	Se realizan acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada desde el producto iniciativas de cuidado y bienestar	Actas, reportes, formato de sesiones colectivas, canalizaciones y registro fotográfico requeridos.
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes	Dentro de las acciones realizadas se tiene en cuenta los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes, mediante la comunicación, educación y arte.	Actas de participación en fortalecimientos para el talento humano como conversatorio y formatos requeridos de las acciones realizadas.
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred	Se participa en las reuniones programadas de asistencia técnica entorno cuidador educativo programadas para el periodo., S.D.S y reunión de equipo del	Formatos que sean requeridos reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias.
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	Se fortalecerán los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud desde el producto iniciativas de cuidado y bienestar propuestas en la estrategia sintonizarte en el entorno educativo	Formatos que sean requeridos, Actas, reportes, formato de sesiones colectivas y registro fotográfico requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención	Se presenta soportes sugeridos de acuerdo a las actividades propuestas y desarrolladas por el componente Bienestar del entorno cuidador educativo como informe de tablero de control, informe segplan, entre otros para el periodo.	Actas, reportes, formato de sesiones colectivas y registro fotográfico requeridos.
Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control.	Se realiza el alistamiento de los soportes teniendo en cuenta el periodo para ser auditado, cumpliendo a cabalidad con las actividades propuestas de la Subred, la SDS o por entes de control.	Actas, reportes, formato de sesiones colectivas y registro fotográfico requeridos
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos	Se elabora y presenta cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y cumplimiento con las sesiones para la estrategia sintonizarte del entorno educativo	Cronograma medio magnético.
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	En caso de presentarse se dará respuesta oportuna a las diferentes solicitudes asignadas en el periodo	Formatos establecidos para atender las diferentes solicitudes asignadas dando respuesta de manera oportuna
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	Se Informa oportunamente sobre las eventualidades que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio para la estrategia sintonizarte del entorno educativo.	Medio WhatsApp y formatos sugeridos en el periodo

Copia Certificada Subred Suroccidente

Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Se tiene en cuenta la imagen institucional mediante las diferente acciones individuales y colectivas contribuyendo a proyectar una imagen positiva y coherente de la Subred integrada de servicios de salud sur occidente ESE.	Formatos , actas y otros soportes medios que sean requeridos que para mantener la imagen
Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad	Se portan los elementos de identificación institucional de manera adecuada como el carnet y chaqueta institucional.	Insumos y elementos que sean requeridos para la identificación institucional de manera adecuada
Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	Se da buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio de la Secretaria Distrital de Salud y la Subred integrada de servicios de salud sur occidente ESE	Control de las planillas de registro y seguimiento de los insumos.
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Se tiene en cuenta la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio cuando sean requeridos por los referentes del entorno.	informes, formatos establecidos durante la ejecución del periodo.
Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera.	N/A	N/A

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

LEIDI PAOLA FORERO ROJAS

C.C 1013587242 DE BOGOTA

La suma de un millón trescientos tres mil setecientos dieciocho pesos (1.303.718), por concepto de servicios como (psicóloga) en el entorno Cuidador Educativo, durante el periodo de 17 al 31 de diciembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 10267-2024



firma
Leidi Paola Forero Rojas
C.C 1013587242 de Bogotá
CUENTA DE Ahorros banco Davivienda
NUMERO 4884 0800 5111

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes diciembre periodo 17 al 31 de diciembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



DANIEL CASTILLO CAICEDO
Apoyo a la supervisión
Entorno Cuidador Educativo

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
"Código Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900 156 264-2

* 01B 17657403 *

* 0111565063 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este Formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN X | B. REPORTE DE NOVEDADES
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual | a) Cotizante o cabeza de familia X | b) Beneficiario o afiliado adicional | B. Colectiva | C. Institucional | D. De oficio
3. RÉGIMEN: C. Contributivo | S. Subsidiado X
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante X | CF Cabeza de Familia | BE Beneficiario
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente X | B. Independiente | C. Pensionado | D. Independiente por prestación de servicio | E. Contribución Solidaria
CÓDIGO: 02 | FECHA DE LA SOLICITUD: 02 12 2024

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: forero X | SEGUNDO APELLIDO: Rosas | PRIMER NOMBRE: Leidi | SEGUNDO NOMBRE: Paola
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN | MS | RC | TI | CC X | CE | SC | PA | CD | PE | AS | PT
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1013587247
9. SEXO BIOLÓGICO: M X | F
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: M X | T | NB
10. FECHA NACIMIENTO: 24 03 1987 | PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia | 11. NACIONALIDAD: Colombia

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA | 13. COMUNIDAD INDÍGENA | 14. DISCAPACIDAD: SI | NO | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 15. CLASIFICACIÓN DEL SISBÉN: NIVEL | GRUPO | 16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 17. ARL | 18. AFP: Proteccion
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | 20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 30 sur Nº 26c - 74 | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Bogota | DEPARTAMENTO: Bogota | ZONA: CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO X | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL | TELÉFONO FIJO | Ext.
TELÉFONO MOVIL: 3777272877 | CORREO ELECTRÓNICO: leidipaolaforero@gmail.com | IPS: Centenario | IPS ODONTOLÓGICA: Centenario

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 24. SEXO BIOLÓGICO: F | M | SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F | M | T | NB
IPS | IPS ODONTOLÓGICA | 25. FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO | PAÍS DE NACIMIENTO | 26. NACIONALIDAD

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO
1	Forero Rosas Isabella	X	1307902	57	NA	X	18 06 2021	PC		X	
2	Rojas Diaz Carmen	X	51755331	57	NA	X	01 01 1964	PC		X	
3											
4											
5											

	36. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN: NIVEL	GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1	Bogota	Bogota		3777272877		Centenario	Centenario	X			I II III		
2	Bogota	Bogota		3777272877		Centenario	Centenario	X			I II III		
3											I II III		
4											I II III		
5											I II III		

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

39. Nombre o Razón Social: leidi Paola Forero | 40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X | 41. Número documento de identidad: 1013587247 | OV | 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Independiente
42. Localización o Dirección: Calle 30 sur Nº 26c - 74 | Bogota | Bogota | leidipaolaforero@gmail.com
3777272877 | no tiene | FECHA INICIO O RELACIÓN LABORAL: 15 12 2024 | Cotizante | OCUPACIÓN: Independiente | SALARIO: 1300.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS. Código
6. REINGRESO EN LA EPS
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN X | B) DIFERENTE REGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de): DIA | MES | AÑO | 47. EPS ANTERIOR Código | 48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: U.G.F | C.T.A | 49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

nueva eps
02 Dic 2024
Paula Rolanos
320.372.0360

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____ hasta la fecha bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
52. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
53. Declaración de no intermediación del cotizante cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
54. 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
55. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
56. Autoriza para que la EPS realice el manejo de 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
57. Autoriza mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO BIOLÓGICO | FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO | PAÍS DE NACIMIENTO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique | 62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN | MS | RC | TI | CC | CE | SC | PA | CD | PE | AS | PT — Cantidad — Total
64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
66. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que disuelve la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
67. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
69. 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
70. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
71. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
72. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio
Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

73. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del departamento
74. Datos del SISBÉN: SI | NO | Clasificación
75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016: SI | NO | CÓDIGO

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | 77. Firma del funcionario
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
78. Fecha de radicación: DIA | MES | AÑO | 79. Fecha De Validación: DIA | MES | AÑO
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.

- COPIA: EMPLEADOR ENTE TERRITORIAL -

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FORERO ROJAS LEIDI PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.013.587.242** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de abril de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de diciembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024122414083

ARL

Medellin, 24 de diciembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **LEIDI PAOLA FORERO ROJAS** con documento de identidad **C1013587242**, 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 SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

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
2024-12-18	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA