

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

ALLISON DANIELA GOMEZ SERRANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,012,457,364								
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN MEDICINA VETERINARIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.									
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4286 2025		FECHA INICIO CONTRATO		24/01/2025					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 21,456,663		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		CINCO (5) MESES Y ONCE (11) DIAS					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 21,456,663			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1,064,721				
N° DE INFORME:		1		N° CRP:		9982		N° CDP:		121	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO MESES Y ONCE DIAS									
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO							
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30							

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	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:
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:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	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 específicas realizadas durante el mes)	
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza induccion y se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil profesional en las localidades asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos Físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA D.C para el mes certificado.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas se programan de acuerdo al censo establecido y direccionado por la secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de acuerdo a lo establecido por el líder. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Censo establecido y direccionado por Secretaria Distrital de Salud.
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo de actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.

4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo de actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas serán entregadas de manera oportuna según la meta asignada por el líder operativo y acorde al perfil y los lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar lectura para posterior aplicación en campo de los lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos técnicos y formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
7	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar los procesos descritos en los lineamientos técnicos relacionados con la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC, según las competencias de la autoridad sanitaria verificando la normatividad sanitaria y garantizando la prevención y control de los diferentes factores de riesgo que puedan poner en peligro a la salud pública. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento de meta de IVC a los siguientes puntos de intervención: Restaurantes, Cevicherías y Comidas rápidas, Expendios de carne, Expendios de pescado, Depósitos de bebidas alcohólicas, Depósitos de alimentos y bebidas, Supermercados, Supermercados intermedios, Operativos de alimentos y bebidas y Muestreo de alimentos y bebidas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se presentaron durante el mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se presentaron durante el mes
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar gestión documental de acuerdo a la necesidad de las actividades desarrolladas para el mes certificado. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos físicos de intervenciones en archivo y registro de los mismos en el servidor para el mes certificado.
10	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se presentaron dentro del mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se presentaron dentro del mes
11	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoría de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se presentaron dentro del mes
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiación y adherencia a las fichas técnicas por línea de intervención y demás documentos operativos del componente, además del cumplimiento de las actividades inherentes al perfil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Relación de soportes al correo alimentosrafacande@gmail.com

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		\$ -
PENSIÓN:	PROTECCION		\$ -
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ -
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ -

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

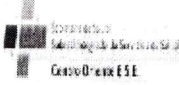
VII. ANEXOS

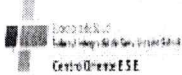
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

Daniela Gómez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALLISON DANIELA GOMEZ SERRANO
CC: 1.012.457.364
CEL 3142650794

		SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN 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: 28/02/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALLISON DANIELA GOMEZ SERRANO			CC:	1,012,457,364	
				RUT (NIT):	1012457364-2	
CORREO ELECTRÓNICO:	algomez70@uan.edu.co			TELÉFONO:	3142650794	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 80 G 69 07 SUR			CIUDAD:	BOGOTÁ	
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 artículo 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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	10041152571
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4286 2025	N° CDP:	121	N°. RP:	9982.	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO MESES Y ONCE DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 21,456,663
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 24/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1,064,721					
	UN MILLÓN SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS					
Daniela Gómez						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALLISON DANIELA GOMEZ SERRANO						
CC:	1,012,457,364					
CEL.:	3142650794					

 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						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			ALLISON DANIELA GOMEZ SERRANO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,012,457,364			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN MEDICINA VETERINARIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4286 2025		FECHA INICIO CONTRATO		24/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 21,456,663				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21,456,663		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1,064,721	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2 de 2	Nº CRP INICIAL:	9982	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	121	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO MESES Y ONCE DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	CERTIFICADO		OPERADOR:			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSA					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICIÓN (0)	PRÓRROGA (0)
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:	
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:	
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)						
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			N/A	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 artículo 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 **24/01/2025** al **31/01/2025**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

CARGO:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ

PERFIL:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALLISON DANIELA GOMEZ SERRANO identificado(a) con CC 1012457364 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 21/01/2025

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN, a los 10 días del mes febrero del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 20 de January de 2025

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

CERTIFICA:

Que ALLISON DANIELA GOMEZ SERRANO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012457364 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 21/01/2025

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

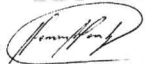
Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

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.

null

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:

20/01/2025 4.18 PM

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

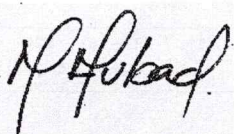
NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ SERRANO ALLISON DANIELA** identificado(a) con CC número **1.012.457.364** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de noviembre de 2017 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 11 de febrero de 2025.

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**

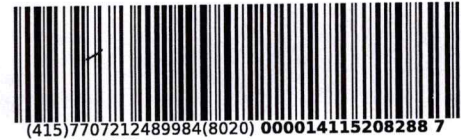
www.proteccion.com

2025021109213

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141152082887



(415)7707212489984(8020) 000014115208288 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 2 4 5 7 3 6 4

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 1 2 4 5 7 3 6 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

SERRANO

33. Primer nombre

ALLISON

34. Otros nombres

DANIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 80 G # 69 SUR 7

42. Correo electrónico

algomez70@uan.edu.co

43. Código postal 1 1 0 7 4 1

44. Teléfono 1

3 1 4 2 6 5 0 7 9 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 5 0 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2 0 2 0 1

Actividad secundaria

48. Código

0 0 1 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 6 0 1 0 1

Otras actividades

1

2

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	2	0																							

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

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

☒

60. No. de Folios:

0

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 GOMEZ SERRANO ALLISON DANIELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE