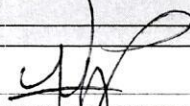
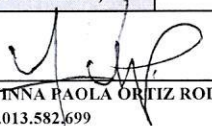
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
YINNA PAOLA ORTIZ RODRIGUEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.013.582.699		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 6591670/2024 SED			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5245 2025		FECHA INICIO CONTRATO 23/4/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 775.673		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO NUEVE (9) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 775.673		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 689.487	
Nº DE INFORME: 1		Nº CRP: 14736		Nº CDP: 1262	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		NUEVE (9) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: 0		TIPO DE MODIFICACION		PROROGAS 0	
VALOR ADICIONADO \$ -		ADICIONES 0		CRP DE LA ADICION: 0	
		CDP DE LA ADICION: 0		TIEMPO PRORROGA DO: 0	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
ITEM					
1	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Tecnico San Cristobal Sur				
2	Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED				
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas				
4	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal				
5	Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED				
6	Para el mes de Abril el cumplimiento es de 30 actividades				
7	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.				
8	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED				
V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS		OPERADOR:		N/A
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		N/A		\$ -
PENSION:	PROTECCION		N/A		\$ -
RIESGOS LABORALES:	SURA		N/A		\$ -
OTRO	N/A		N/A		\$ -
TOTAL PAGADO					\$ -
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que relicie el pago de la Seguridad Social donde el ibe 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, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro. 4.- 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					
 YINNA PAOLA ORTIZ RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.013.582.699 CEL: 1054680341					

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: 31/05/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YINNA PAOLA ORTIZ RODRIGUEZ			CC:	1.013.582.699
CORREO ELECTRÓNICO:	RAFAELLALEJANDRA6@GMAIL.COM			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 37F 3M 18			TELÉFONO:	3112135223
				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 DESIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550008400697473
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)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5245 2025	Nº CDP:	1262	Nº. RP:	14736
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) DIAS					
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : NUEVE (9) DIAS					
PERIODO OBJETO DE COBRO:	23/04/2025 al 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$				689.487
SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
NOMBRE:  YINNA PAOLA ORTIZ RODRIGUEZ CC 1.013.582.699 CEL 3112135223					



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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	YINNA PAOLA ORTIZ RODRIGUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.013.582.699

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 6591670/2024 SED
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5245 2025	FECHA INICIO CONTRATO	23/04/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		775.673

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	775.673	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	689.487
---	----	----------------	--	----	----------------

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	14736	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1262
---------------------------------	----------	------------------------	--------------	------------------------------------	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) DIAS
--	-----------------------

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	N/A
--	---------------------	------------------	------------

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO 6591670-2024 SED DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
--	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO
--	--

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
-------------------------------	---

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	0	0
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA	0

RP DE LA	0	TIEMPO	0
-----------------	----------	---------------	----------

III. POLIZAS (SI APLICA)

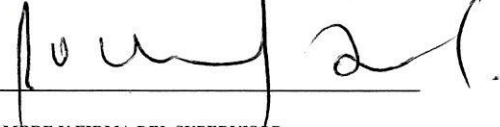

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	

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 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 **23/04/2025 al 30/04/2025**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS PERFIL: COORDINADORA CONVENIO 7827009/2025



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicación
4013205029

Fecha de Radicación
0 8 0 4 0 2 5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>	3. Régimen - Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="3"/>

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres ORTIZ Primer apellido	RODRIGUEZ Segundo apellido	YINNA Primer nombre	PAOLA Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad <input type="text" value="CC"/>	8. Número del documento de identidad 1013582699	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 0 2 1 0 1 9 8 6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia <input type="text" value="6"/>	12. Discapacidad Categoría: Condición <input type="text" value="TIP"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	17. Ingreso base de cotización - IBC 1300000
18. Residencia CL 37 F SUR 2 M 18 Dirección BOGOTA Municipio/Distrito			
3024042359 Teléfono fijo		3024042359 Teléfono celular	
BOGOTA zona Urbana cabecera municipal <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input checked="" type="checkbox"/>		RAFAELLA.ALEJANDRA6@GMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTA Localidad / comuna		BOGOTA Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad <input type="text"/>	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discapacidad	Condición			
B1				P		
B2						
B3						
B4						
B5						
32. Datos de residencia						
Municipio/Distrito	Zona			Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS OLAYA - UOD CPO CALLE 98	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSOLAYA - UODCPOCAST
B	
B	
B	

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 YINNA PAOLA ORTIZ RODRIGUEZ	36. Tipo de identificación CC	37. Número de documento de identificación 1013582699	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CL 37 F SUR 2 M 18 Dirección	3024042359 Teléfono	RAFAELLA.ALEJANDRA6@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito BOGOTA 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/o corrección datos complementarios
 - 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
 - 6. Reincripción en la EPS
 - 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 - 8. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 - 9. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 - 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- 41. Datos básicos de identificación**
- | | | | | |
|-------------------------------|------------------|--|---------------------|------------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
| | | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | 23/08/2012 |
| Tipo documento de identidad | | 43. EPS anterior | | |
| Número documento de identidad | | 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 existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
- 50. 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.
- 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 envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN, RC, TL, CC, PA, CE, CD, SC.
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Número ficha		
Código del Departamento	Puntaje		
70. Datos funcionario que realiza la validación	Nivel	71. Firma del funcionario	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad	

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YINNA PAOLA ORTIZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.582.699**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Abril del 2025.

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.

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

sura

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

sura

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

1013582699

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

Yinna
Primer Nombre

Paola
Segundo Nombre

Ortiz
Primer Apellido

Rodriguez
Segundo Apellido

2/10/1986
Fecha de Nacimiento

Bogota
Ciudad de Residencia

calle 37 f 2m 18
Dirección de Residencia

salud total
EPS - Salud

porvenir
AFP - Pensiones

\$ 2.460.000
Honorarios

auxiliar de enfermeria
Perfil/ Profesión

rafaellaalejandra6@gmail.com
Correo Electrónico

3112135223
Celular

Yinna Paola Ortiz

Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011