CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Yeraldine Paola Yepes Aragon, identificado(a) con CC número 1023004795, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1023004795
NOMBRES Y APELLIDOS	Yeraldine Paola Yepes Aragon
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	03/06/1995
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	28 - Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/03/2025
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	147 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	36 semanas
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	15/05/2025
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1023004795 Trabajador Independiente
Desde 23/08/2024 Hasta 31/03/2025

Generado por interfaces 16/06/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Consulta del estado de afiliación en salud

Lea atentamente la información

Ocultar recomendaciones

• La información aquí presentada es la reportada por las fuentes de referencia del sistema o la escrita por el usuario afiliado

Fecha de consulta : 2025-06-16

La información dispuesta en esta consulta corresponde al resultado de las novedades y/o transacciones efectuadas en el SAT. Para confirmar el estado de su afiliación la SGSSS, consulte la página de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES en el siguiente link: www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA.

Datos básicos del afiliado

Ocultar detalle

Tipo de documento	Número de documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Nacionalidad
Cédula De Ciudadanía	1023004795	Yeraldine	Paola	Yepes	Aragon	COLOMBIA

Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha de defunción	Número de resolución	Fecha de resolución	Fuente de reporte

afiliado	actual		inscripción			inicio	fin	destino	efectividad	
Cotizante	Sanitas	Activo	Activo Movilidad Regimen Subsidiado A Regimen Contributivo	Contributivo	No Aplica	2025-06-16	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ninguna

Historial estados de la inscripción en la EPS	Ver detalle
Datos complementarios del afiliado	Ver detalle
Información grupo familiar	Ver detalle
Información del tipo de cotizante	Ver detalle
Registro y roles autorizados en el sistema	Ver detalle

Finalizar

Ministerio de Salud y Protección Social. Términos y condiciones de uso.
Última actualización: Jueves, 15 de Marzo de 2018

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1023004795,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de mayo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 16 de junio de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON identificado(a) con C1023004795 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C10230047952516751444

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON**			**CC:**	**1023004795**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YERALDINEYEPES@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3203721133**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 77 SUR 14 36**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91278667681**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5605 2025**	**N° CDP:**	**1580**	**N°. RP:**	**5605**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (03) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/10 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.657.614**					

YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON
PS_5605_2025_6D5883-2025-06-16 17:23:01

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON
CC: 1023004795
CEL: 3203721133

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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON			
	CON C.C N°	**1.023.004.795**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5605 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.500.024	**No. HORAS EJECUTADAS**	**122**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.500.024	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.657.614
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

ITEM	**II. 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)**
1	Hará contacto telefónico con el usuario o cuidador con el fin de verificar datos de ubicación e informar el día en que se realizará la atención en casa
2	El auxiliar de enfermería llevara un registro diario con la relación de los usuarios caracterizados y la información que corresponde para este proceso
3	Asistir a comités de cuidado
4	Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL según resolución 1499 26-08-2024. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
5	Verificación de frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), con el fin de definir el tipo de atención que le corresponde a cada usuario.
6	Garantizará la apertura de la historia clínica y dará acceso al profesional de la salud correspondiente, quien hará la consignación de la atención médica en el sistema de información para registro de historia clínica.
7	. Verificará el registro de la atención y dará cierre al proceso
8	Consultara en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaria Distrital de Salud el antecedente de vacunas del usuario con el fin de determinar los biológicos a aplicar. En caso de no encontrar registro orientara la aplicación de los biológicos con relación a la información remitida por el gestor familiar

III. 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 (2025-06-10) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° certificacion de afiliacion	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/06/10	$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/10	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/10	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé 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, 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON* *PS_5605_2025_6D5883-2025-06-16 17:23:01* **YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON** **CC: 1023004795**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5605_2025_6D5883-2025-06-17 21:03:56* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**