

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|-----|-----------------|------------|----|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | Rosa Nay Viera Cortes | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | No. | 1087123902 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | rosanaycortes@gmail.com | | | CELULAR: | 3027639685 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | CONTRATO PAPSIVI | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K33-8 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 4550217878 | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|----------------------------|---------------|-------------|-------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | | 4648 | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1505 | FECHA | 2025-07-14 08:35:43.000 | NÚMERO DE CRP | 32259 | FECHA | 2025-07-19 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | GESTOR COMUNITARIO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | 2025-06-19 | | | 2025-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$816,416 | | | |
| 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 repercute 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: | \$2,300,810 |
| VALOR EJECUTADO | \$816,416 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$816,416 |
| VALOR A LIBERAR | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | \$1,484,394 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 35% |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 0 | \$908,526 | \$113,566 | \$145,364 | 3 | \$22,132 | \$281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|--|--|
| De manera mensual se diligenciará la matriz de identificación de resultados e impactos de la implementación de la estrategia definida para ello, actividad conjunta con la Estrategia de Formar en Paz. | No aplica para el mes certificado | No aplica para el mes certificado |
| Participar en las asistencias técnicas y/o reuniones de seguimiento convocadas por la SDS y la coordinación del proceso. | 24/06/2025 Reunión para entrega de soportes mensuales | Acta y listado de asistencia |
| Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas. | 26/06/2025 Fortalecimiento Tecnico | Acta y listado de asistencia |
| Participar en la jornada de cuidado emocional | 12/06/2025 Jornada de cuidado emocional | Acta y listado de asistencia |
| Participar en la jornada interestrategias liderada por el equipo de la estrategia Formar en Paz | No aplica para el mes certificado | No aplica para el mes certificado |
| Participar en jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o de conmemoración convocadas por la SDS | No aplica para el mes certificado | No aplica para el mes certificado |
| Realizar la implementación del proceso de atención psicosocial y el cierre por cumplimiento de objetivos en modalidad individual – grupal con 2 grupos, compuestos mínimo por 7 mujeres cada uno | 4 Sesiones en modalidad individual Grupal | Acta y listado de asistencia, PAP 030, registro fotografico, matriz de seguimiento |
| Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción de mes y el informe final del producto estrategia diferencial de y para mujeres víctimas del conflicto armado | Informe mensual de la Estrategia Diferencial de y para Mujeres Víctimas del Conflicto Armado | Radicado Informe mensual mes Junio 2025 |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
 52744682
 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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



| |
|-------------------------|
| No de Radicacion |
| 4014976853 |

| |
|----------------------------|
| Fecha de Radicación |
| 1 9 0 6 2 0 2 5 |

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|---|--|--|--|
| 1. tipo de tramite | | 2. Tipo afiliacion | | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> | | 3.Regimen | | 4.Contribución Solidaria | |
| A. Afiliación <input type="checkbox"/> | | B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/> | | B. Colectiva <input type="checkbox"/> | | -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> | | A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5. Tipo de afiliado | | 6. Tipo de cotizante | | C. Institucional <input type="checkbox"/> | | D. De oficio <input type="checkbox"/> | | B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | |
| A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> | | B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> | | C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | | D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | | 7. Código (a registrar por la EPS) 3 | |
| A. Dependiente <input type="checkbox"/> | | B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> | | C. Pensionado <input type="checkbox"/> | | | | | |

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|---|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|
| 8.Apellidos y nombres | | 9. Tipo documento de Identidad | | 10. Número del documento de Identidad | | 11. Sexo biológico | | 12. Sexo identificación | |
| VIERA Primer apellido | | CORTES Segundo apellido | | ROSA Primer nombre | | NAY Segundo nombre | | | |
| CC | | 1087123902 | | Femenino <input checked="" type="checkbox"/> | | Masculino <input type="checkbox"/> | | F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual | |
| 13. Nacionalidad | | 14. Lugar Nacimiento | | 15. Fecha Nacimiento | | | | | |
| COLOMBIA | | Pais: COLOMBIA Departamento: NARIÑO Municipio: TUMACO | | 2 5 0 7 1 9 8 8 | | | | | |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------------|--|--|--|---|--|
| 16. Etnia | | 17. Comunidad | | 18. Discapacidad | | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 6 | | | | Categoria Discapacidad | | | | | |
| 19. Tiene encuesta SISBEN | | 20. Clasificación SISBEN | | 21. Grupo población especial | | | | | |
| Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | | 23. Administradora de Pensiones | | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | | 25. Tarifa Contribución Solidaria | | | |
| SEGUROS DE VIDA ALFA S.A | | PORVENIR FPC | | 1423500 | | | | | |
| 26. Residencia | | 3027639685 | | ROSANAYCORTES@GMAIL.COM | | | | | |
| CR 78L 35 56 SUR Dirección | | Telefono fijo | | Telefono celular | | Correo electronico | | | |
| BOGOTA Departamento | | BOGOTA Municipio/Distrito | | KENNEDY Localidad / comuna | | zona Urbana cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> | | Rural dispersa <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> | | Resto rural <input type="checkbox"/> | |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|---------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|--|---|--|
| 27. Apellidos y nombres | | 28. Tipo documento de identidad | | 29. Número documento identidad | | 30. Sexo biológico | | 31. Sexo identificación | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | | | |
| | | | | Femenino <input type="checkbox"/> | | Masculino <input type="checkbox"/> | | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual | |
| 32. Nacionalidad | | 33. Lugar Nacimiento | | 34. Fecha Nacimiento | | | | | |
| | | Pais: Departamento: Municipio: | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|---------------------------------|--|-------------------------|--|------------------|--|--------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------|--|-------------------------|--|
| 35. Apellidos y nombres | | 36. Tipo documento de identidad | | 37. Número de identidad | | 38. Nacionalidad | | 39. Sexo Biológico | | 40. Sexo Identificación | | 41. Lugar Nacimiento | | 42. Fecha de nacimiento | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | | Femenino/Masculino | | F M T NB otro cual | | Pais Departamento Municipio | | | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|-----------|--|---------------|--|--------------------------------|--|---------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|----------------------------|--|
| 43. Parentesco | | 44. Etnia | | 45. Comunidad | | 46. Grupo poblacional especial | | 47. Encuesta SISBEN | | 48. Clasificación SISBEN | | 49. Discapacidad | | 50. Incapacidad Permanente | |
| | | | | | | | | Si No | | Nivel Grupo | | Si No | | Categoria | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--------------------|--|--|--|--------------------|--|---------------------------|--|---|--|
| Departamento | | Municipio/Distrito | | Zona | | | | Teléfono Fijo y/o celular | | 52. 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 | | | | | | | | | | | |
| Dirección | | Localidad/Comuna | | | | Correo Electrónico | | | | | |
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | | | |
|--|--|---|--|
| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) | |
| C VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS | | VSAMERICAS - UODCPOAMER | |
| B | | | |
| B | | | |
| B | | | |

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|--|---|--|---|--|
| 55. Nombre o razón social | | 56. Tipo de identificación | | 57. Numero de documento de identificación | | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) | |
| ROSA NAY VIERA CORTES | | CC | | 1087123902 | | 01 | |
| 59. Ubicación | | 60. Teléfono fijo o celular | | 61. Correo electrónico | | 62. Municipio/distrito | |
| CR 78L 35 56 SUR Dirección | | 5678744 | | ROSANAYCORTES@GMAIL.COM | | BOGOTA Departamento | |
| | | | | | | BOGOTA Municipio/distrito | |

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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.
Código:
6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:
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. Inscripción EPS retorno al país.
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo
 B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo régimen
 B. Diferente régimen
16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
17. Reporte del trámite de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
19. Reporte de la calidad del pensionado
20. Ingreso a contribución solidaria
21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--|---|--|--|--|--------------------------------|--|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | |
| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | 62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | 63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> | | 64. Fecha de nacimiento | |
| 65. EPS anterior | 66. Fecha de Novedad 1 9 0 6 2 0 2 5 | 67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/> | | 68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones | | | |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
73. 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.
74. 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
75. 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 Decr eto 1377 de 2013
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------|--|---------------|--|----------------|--|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | |
| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | | | | | | |

IX. FIRMAS

| | |
|---|--|
| Rosa Jc | Rosa Jc |
| 80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |

X. ANEXOS

82. Anexo Copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT
Cantidad: Total: 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. 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.
86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
88. 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.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| | | |
|---|-------------------------|-------------------------------------|
| 92. Identificación de la Entidad Territorial | | 93. Nombre de la Institución |
| Código del municipio | Código del Departamento | |

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|--|
| 94. Apellidos y Nombres | | 95. Firma del funcionario | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | |
| Primer nombre | | Segundo nombre | |
| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | | |
| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación | | |

Observaciones

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:

ROSA NAY VIERA CORTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.087.123.902**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

Medellín, 26 de junio de 2025

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

CERTIFICA:

Que ROSA NAY VIERA CORTES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1087123902 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 20/06/2025

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

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, FONOAUDILOGÍA, 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: 0000000003 - RIESGO III

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, FONOAUDILOGÍA, 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, FONOAUDILOGÍA, 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 3 (2.436 %), 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:

C798251152517750360

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.

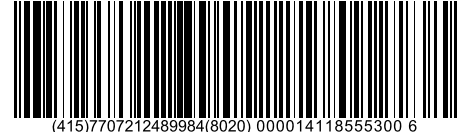
Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

26/06/2025 1.59 PM

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141185553006



(415)7707212489984(8020) 0000141185553006

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 7 1 2 3 9 0 2

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 8 7 1 2 3 9 0 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Nariño

5-2

30. Ciudad/Municipio

San Andres de Tumaco

8 3 5

31. Primer apellido

VIERA

32. Segundo apellido

CORTES

33. Primer nombre

ROSA

34. Otros nombres

NAY

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 78 L 35 56 SUR AP 303 ED MULTIFAMILIAR

42. Correo electrónico

rosanaycortes@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 2 7 6 3 9 6 8 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 8 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

4 1 4 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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 MONTERO PERDOMO LUIS HERNANDO

985. Cargo Gestor III



Certificación Bancaria

Martes, 10 de junio de 2025

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **ROSA NAY VIERA CORTES** identificado(a) con CC. **1087123902** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|------------------|---------------|----------------|--------|
| Cuenta de Ahorro | 045-502178-78 | 2023/03/17 | Activa |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

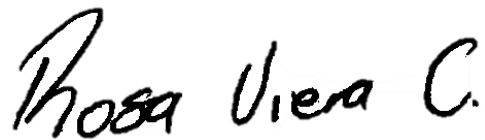
Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

Rosa Nay Viera Cortes
C.C 1087123902 DE TUMACO (NARIÑO)

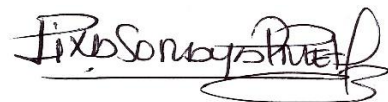
La suma de Ochocientos dieciséis mil cuatrocientos dieciséis pesos 816.416, por concepto de servicios como Gestora Comunitaria/Promotora en el **Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024**, durante el periodo del 19 al 30 de Junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4648-2025



(FIRMA)

Rosa Nay Viera Cortes
C.C 1087123902 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA S.A.
NUMERO 045-502178-78

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



LIXA SORAYA PRIETO LÓPEZ
Apoyo a la supervisión
Contrato Interadministrativo No. 7020506 del 2024