

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                               |            |                               |               |   |
|-------------------------|-------------------------------|------------|-------------------------------|---------------|---|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                        | 2025-06-16 | Hasta:                        | 2025-06-30    |   |
| Nombre del Contratista: | INGRID KATHERINE DIAZ HERRERA |            | Número de Documento:          | 1013691145    |   |
| Correo Electrónico:     | kathica2299@gmail.com         |            | Número Telefónico:            | 3124111511    |   |
| Nombre del Supervisor:  | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA    | Cargo:     | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código Grado: | - |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                     |               |      |                       |     |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                 | 5962-2025                           | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 772 |
| Perfil:                       | AUXILIAR EN ENFERMERIA              |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:          | USS TUNAL                           |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                     |                                                                       |              |                          |            |           |                               |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|-------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                                                | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
| V07TN207                     | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS TUNAL                                                             | 104          | 0                        | 11519      | \$1197976 | 111.8%                        |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 1197976                          | UN MILLON CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS |              |                          |            |           |                               |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |      |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2025-06-16          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial |      | 2025-06-30 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             | CDP  |            |
| 1                                   | 2025-06-19   | 2025-09-30          | 1           | \$ 6381526                                | 1065 |            |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |      |            |
| 1                                   |              | JUNIO               |             | \$ 1197976                                |      |            |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 1244052                 | \$ 7625578               | \$ 1197976       | \$ 6427602         |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                        | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                    | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                              | Aplicar las técnicas de primeros auxilios a todos los usuarios que presenten alteraciones en el estado de salud.                                                                                                                       | .Durante el mes de junio de 2025, se realiza atención a 5 pacientes en el área de Primeros Auxilios del Portal Sur.                                                                                                                                                                  | Registro de atención de pacientes.                                                                                                                                               |
| 2                                                              | Diligenciar oportunamente y con criterios de calidad los documentos de registro y atención de usuarios.                                                                                                                                | Durante el mes de junio de 2025, se diligencia 5 registros de atención de forma oportuna y bajo criterios de calidad.                                                                                                                                                                | -Registros de atención de pacientes.                                                                                                                                             |
| 3                                                              | Propender por el bienestar de los usuarios atendidos en cada uno de los nueve (9) portales y la sede administrativa.                                                                                                                   | La atención de los pacientes se realiza de forma humanitaria, segura y siguiendo los protocolos definidos. dando un trato digno, diferencial y brindando bienestar al paciente.                                                                                                      | Registro de atención de pacientes.                                                                                                                                               |
| 4                                                              | Cumplir con las condiciones de bioseguridad para mantener las condiciones higiénico-sanitarias durante la atención de los usuarios.                                                                                                    | Durante la atención de los diferentes pacientes se cumple con las condiciones de bioseguridad y se realiza limpieza y desinfección rutinaria o terminal dependiendo el caso en el área de Primeros Auxilios del Portal Sur.                                                          | Formato de limpieza y desinfección.                                                                                                                                              |
| 5                                                              | Realizar el alistamiento, marcación y disposición de los residuos biosanitarios generados en las áreas de primeros auxilios de los (9) nueve portales del sistema articulado                                                           | Se realiza disposición de los residuos biosanitarios de forma segura, realizando la debida marcación y alistamiento de los mismos.                                                                                                                                                   | Registro de entrega de residuos biosanitarios a la empresa encargada.                                                                                                            |
| 6                                                              | Salvaguardar los equipos biomédicos y elementos de primeros auxilios, puestos a disposición para el desarrollo de las actividades.                                                                                                     | Durante el recibo y entrega de turno, se realiza verificación de estado físico y funcionalidad de los diferentes equipos biomédicos y elementos que se encuentran en el área de Primeros Auxilios del Portal Sur.                                                                    | -Verificación diaria.                                                                                                                                                            |
| 7                                                              | Verificar quincenalmente el estado y las fechas de vencimiento de cada uno de los insumos suministrados por parte de Transmilenio S.A y realizar su respectiva semaforización, así como el registro de temperatura y humedad relativa. | Durante el mes de junio de 2025 se realiza inventarios de insumos verificando fechas de vencimiento y realizando la debida semaforización de los mismos. Se realiza registro diario de temperatura y humedad.                                                                        | Formato de inventarios y formato de registro de temperatura y humedad.                                                                                                           |
| 8                                                              | Dar respuesta de manera oportuna los requerimientos realizados por el supervisor de contrato y la activación de la Línea de Emergencia 123.                                                                                            | . Durante el mes de junio de 2025, se realiza activación de la línea 123 en 5 ocasiones por requerir apoyo o traslado de pacientes.                                                                                                                                                  | Registro de atención de pacientes. dejando evidencia de numero de incidente y nombre de medico regulador.                                                                        |
| 9                                                              | Las demás actividades que le sean asignadas propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales y las relacionadas con la atención de primeros auxilios                                                     | Durante el mes de junio de 2025, se asiste a reuniones u orientaciones convocadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Y se realiza cargue de registros de atención del mes de junio de 2025 en la plataforma tecnológica SIDCRUE de la Secretaria Distrital de Salud. | Listado de asistencia de las diferentes reuniones u orientaciones convocadas. información del SIDCRUE reposa en la plataforma y es custodia de la Secretaria Distrital de Salud. |

| INFORMACIÓN DE PAGO                 |                  |                |                                           |                  |                     |
|-------------------------------------|------------------|----------------|-------------------------------------------|------------------|---------------------|
| Entidad Bancaria                    | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS                                   | Número de Cuenta | 91278872756         |
| HISTÓRICO                           |                  |                |                                           |                  |                     |
| OBSERVACIÓN                         |                  |                | USUARIO                                   |                  | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES |                  |                | DIAZ    HERRERA    INGRID<br>KATATHERINE  |                  | 2025-06-25 17:06:21 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                |                  |                | NESTOR    RAUL    VALERO<br>ZULUAGA       |                  | 2025-06-26 14:06:32 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN               |                  |                | MELBA    VIVIANA    RODRIGUEZ<br>VELANDIA |                  | 2025-06-30 06:19:46 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA**  
**DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago                                                                    | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |        |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                           | Nombre del archivo                    | Cargado por                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ARL SURA 1013691145 CTO 5962-2025.pdf | ARL SURA 1013691145 CTO 5962-2025.pdf | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MAYO 2025-CONTRATO 5962-2025.pdf      | MAYO 2025-CONTRATO 5962-2025.pdf      | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

## FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 29-may-2025

El futuro  
es de todosGobierno  
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, INGRID KATHERINE DIAZ HERRERA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1013691145 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Cundinamarca

Municipio Soacha

Dirección CL 33 39 95

Teléfonos 3124111511 6014940386

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------------|------------------------|------------|
| MARTIZA HERRERA VILLAMIZAR | 52226313               | Madre      |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN  
POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE  
RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR   |
|-------------------------------------|---------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 0,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00 |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00 |
| HONORARIOS                          | \$ 0,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00 |
| TOTAL                               | \$ 0,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
|                    |                |                     |                   | \$ 0,00            |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR   |
|--------------|-------------------------|---------|
|              |                         | \$ 0,00 |

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR   |
|-------------------|----------|---------|
|                   |          | \$ 0,00 |



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 29-may-2025

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |

c) En la actualidad: SI ☒ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS            | TIPO DOCUMENTO                                                                            | NÚMERO DOCUMENTO |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| WILSON HERNAN ALDANA VELASQUES | C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> | 1031143668       |

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |

3. FIRMA

Firma electrónica:  
INGRID KATHERINE DIAZ HERRERA 29/05/2025 19:17:02  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 29-may-2025  
CIUDAD Y FECHA

## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

|                    |                                                    |
|--------------------|----------------------------------------------------|
| Nombre:            | INGRID KATHERINE DIAZ HERRERA                      |
| Identificación:    | 1013691145                                         |
| Entidad:           | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.  |
| Cargo:             | Contratista                                        |
| Correo:            | kathica2299@gmail.com                              |
| Tipo declaración:  | Para suscribir contrato de prestación de servicios |
| Fecha Declaración: | 11/06/25                                           |

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Medellín, 13 de junio de 2025

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

**CERTIFICA:**

Que INGRID KATHERINE DIAZ HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013691145 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 14/06/2025

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUB RED SUR N900958564**

**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 - ASISTENCIAL

**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 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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

C530992782516448572

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:

13/06/2025 1.29 PM

DOI: 10.1002/for

NOY 000.001.000-0

| I. DATOS DEL TRÁMITE    |  |  |  | 2. Tipo de Afiliación |  | 3. Régimen               |  | 4. Contribución solidaria |  |
|-------------------------|--|--|--|-----------------------|--|--------------------------|--|---------------------------|--|
| 1. Tipo de Trámite      |  |  |  | A. Individual         |  | A. Contribuyente         |  | Si No                     |  |
| A. Afiliación           |  |  |  | B. Colectiva          |  | B. Subsidiado            |  |                           |  |
| B. Reporte de Novedades |  |  |  | C. Institucional      |  | D. De Oficio             |  |                           |  |
| 5. Tipo de Afiliado     |  |  |  | 6. Tipo de Cotizante  |  | 7. Código                |  |                           |  |
| A. Cotizante            |  |  |  | A. Dependiente        |  | (a registrar por la EPS) |  |                           |  |
| B. Cabeza de Familia    |  |  |  | B. Independiente      |  | 03                       |  |                           |  |
| D. Afiliado adicional   |  |  |  | C. Pensionado         |  |                          |  |                           |  |

|                                                                                                                                            |  |                                              |  |                                                                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| B. Cabeza de Familia                                                                                                                       |  | C. Afiliado adicional                        |  | A. Dependiente                                                                  |  |
| <b>II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN</b> (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)           |  |                                              |  |                                                                                 |  |
| <b>8. Apellidos y nombres</b>                                                                                                              |  | <b>Segundo Apellido</b>                      |  | <b>Primer Nombre</b>                                                            |  |
| Primer Apellido<br><b>DIAZ</b>                                                                                                             |  | Segundo Apellido<br><b>Herreira</b>          |  | Primer Nombre<br><b>Ingrid</b>                                                  |  |
| <b>9. Tipo de documento de identidad</b>                                                                                                   |  | <b>10. Número del documento de identidad</b> |  | <b>11. Sexo biológico</b>                                                       |  |
| <b>Cedula</b>                                                                                                                              |  | <b>1013691145</b>                            |  | Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  |
| <b>12. Sexo identificación</b>                                                                                                             |  | <b>13. Nacionalidad</b>                      |  | <b>15. Fecha de nacimiento</b>                                                  |  |
| F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |  | <b>Colombiana</b>                            |  | <b>21/09/1999</b>                                                               |  |
| <b>14. Lugar de nacimiento</b>                                                                                                             |  | <b>País</b>                                  |  | <b>Departamento</b>                                                             |  |
| <b>Bogotá</b>                                                                                                                              |  | <b>Colombia</b>                              |  | <b>Bogotá</b>                                                                   |  |
| <b>Municipio</b>                                                                                                                           |  | <b>Condado</b>                               |  | <b>Municipio</b>                                                                |  |
| <b>Condado</b>                                                                                                                             |  | <b>Condado</b>                               |  | <b>Condado</b>                                                                  |  |

| III. DATOS COMPLEMENTARIOS                    |  |               |                       |                                 |  |                                      |  |                                   |  |                                     |  |
|-----------------------------------------------|--|---------------|-----------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Datos Personales                              |  |               |                       |                                 |  |                                      |  |                                   |  |                                     |  |
| 16. Etnia                                     |  | 17. Comunidad |                       | 18. Discapacidad                |  | 19. Tiene encuesta SISBEN            |  | 20. Clasificación SISBEN          |  | 21. Grupo de población especial     |  |
|                                               |  |               |                       | Categoría de discapacidad       |  | Si No                                |  | Nivel Grupo                       |  |                                     |  |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL |  |               |                       | 23. Administradora de Pensiones |  | 24. Ingreso base de cotización - IBC |  | 25. Tarifa Contribución Solidaria |  |                                     |  |
|                                               |  |               |                       | pension                         |  | + 1.125.500                          |  | Teléfono Fijo                     |  |                                     |  |
| 26. Residencia Dirección                      |  |               |                       |                                 |  |                                      |  |                                   |  |                                     |  |
| Calle 33 # 39-95                              |  |               |                       |                                 |  |                                      |  |                                   |  |                                     |  |
| Teléfono Celular                              |  |               | Correo Electrónico    |                                 |  |                                      |  |                                   |  |                                     |  |
| 3129411511                                    |  |               | kathica7299@gmail.com |                                 |  |                                      |  |                                   |  |                                     |  |
| Departamento                                  |  |               |                       | Municipio / Distrito            |  | Localidad / Comuna                   |  | Zona                              |  | Cabecera Municipal / Rural Disperso |  |
| Cundinamarca                                  |  |               |                       | Bojota                          |  | Soacha                               |  | Centro Poblado                    |  | Resto Rural                         |  |

| IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR                     |                                       |                                             |                                                   |                                                                                                          |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Detos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante |                                       |                                             |                                                   |                                                                                                          |                  |
| 27. Apellidos y nombres                                                             |                                       | Segundo Apellido                            | Primer Nombre                                     | Segundo Nombre                                                                                           |                  |
| Primer Apellido                                                                     |                                       |                                             |                                                   | Cual                                                                                                     | 32. Nacionalidad |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                  | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico<br>Femenino    Masculino | 31. Sexo identificación<br>F   M   T   NB    Otro | 34. Fecha de nacimiento<br><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |                  |
| 33. Lugar de nacimiento                                                             | Departamento                          |                                             | Municipio                                         |                                                                                                          |                  |

| País                    |  |  |  |  |                  |  |  |  |  | Segundo Nombre     |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|
| 35. Apellidos y nombres |  |  |  |  |                  |  |  |  |  | 36. Sexo biológico |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
| Primer Apellido         |  |  |  |  | Segundo Apellido |  |  |  |  | Primer Nombre      |  |  |  |  | Segundo Nombre |  |  |  |  |  |
| B1                      |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
| B2                      |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
| B3                      |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
| B4                      |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
| B5                      |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |

| B5 | Datos complementarios del Beneficiario |           |               |                                  | 47. Tiene necesidad SISEN | 48. Clasificación SISEN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente      |
|----|----------------------------------------|-----------|---------------|----------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------|---------------------------------|
|    | 43. Parentesco                         | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de protección especial |                           |                         |                  |                                 |
| B1 |                                        |           |               |                                  | Si No                     | Nivel Grupo             | Si No            | Categoría de discapacidad Si No |
| B2 |                                        |           |               |                                  | Si No                     | Nivel Grupo             | Si No            | Categoría de discapacidad Si No |
| B3 |                                        |           |               |                                  | Si No                     | Nivel Grupo             | Si No            | Categoría de discapacidad Si No |
| B4 |                                        |           |               |                                  | Si No                     | Nivel Grupo             | Si No            | Categoría de discapacidad Si No |

| 51 Datos de residencia |                     | 52 Valor de la UPC al año de inicio del estudio |                |                |             |                           |
|------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|----------------|----------------|-------------|---------------------------|
| Departamento           | Municipio/ Distrito | Zona                                            |                |                |             | Telefono fijo y/o celular |
| B1                     |                     | Cabecera Municipal                              | Centro Poblado | Rural Disperso | Rural Rural |                           |
| B2                     |                     | Cabecera Municipal                              | Centro Poblado | Rural Disperso | Rural Rural |                           |
| B3                     |                     | Cabecera Municipal                              | Centro Poblado | Rural Disperso | Rural Rural |                           |
| B4                     |                     | Cabecera Municipal                              | Centro Poblado | Rural Disperso | Rural Rural |                           |
| B5                     |                     | Cabecera Municipal                              | Centro Poblado | Rural Disperso | Rural Rural |                           |
| Dirección              |                     | Localidad/Comuna                                |                |                |             | Código Electrónico        |
| B1                     |                     |                                                 |                |                |             |                           |
| B2                     |                     |                                                 |                |                |             |                           |

# Certificación Bancaria

Miércoles, 25 de junio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que INGRID KATHERINE DIAZ HERRERA identificado(a) con CC 1013691145, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto                   | No. Producto | Fecha Apertura<br>aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|----------------------------|--------------|------------------------------|--------|-------|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 91278872756  | 2025-02-20                   | ACTIVO | ***** |

**\*Importante:** Esta constancia solo 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 del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)

**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:**

**INGRID KATHERINE DIAZ HERRERA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.691.145**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Junio del 2025.

Cordialmente,



\_\_\_\_\_  
Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Aplicativo por la  
Integridad pública[Inicio](#) [Declaración de Ley 2013 de 2019](#) [Declaración Decreto 830 de 2021 \(Personas Expuestas Políticamente - PEP\)](#) [Opciones de usuario](#)

## Declaración de Ley 2013 de 2019

[Ver aceptación de la política de seguridad de datos](#)[Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019](#)

Recuerde verificar también si, según el Decreto 830 de 2021, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en [Declaración Decreto 830 de 2021 \(Personas Expuestas Políticamente - PEP\)](#) en el menú superior del aplicativo.

### Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

| Acciones                                                                                                                                                                                                                                                    | Declaración No.                   | Entidad                                                | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Fecha de creación | Fecha de publicación ▼ | Estado     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------------|------------------------|------------|
|    | 2830900-01<br>Declaración inicial | SUBRED<br>INTEGRADA<br>DE SERVICIOS<br>DE SALUD<br>SUR | CONTRATISTA       | INGRESO             | 2025-07-25 18:36  | 2025-07-25 18:40       | FINALIZADO |