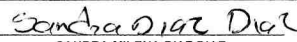
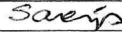
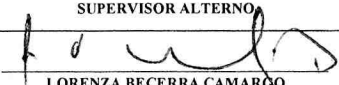
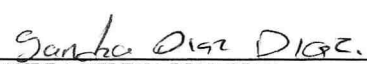


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
SANDRA MILENA DIAZ DIAZ					
CON C.C.Nº		1.026.570.686			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°.	PS 6336 2025		FECHA INICIO CONTRATO	17/09/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.354.633		Nº. HORAS EJECUTADAS	86	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 1.354.633			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.187.121
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRECE (13) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADUO 05				
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)				
1	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS				
4	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE REGISTRO EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS				
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS				
6	SE ASISTE A LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR EL PROFESIONAL DE APOYO.				
7	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS				
8	SE ASISTE A LA PREAUDITORIA REQUERIDA POR EL PROFESIONAL DE APOYO.				
9	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR				
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (17/09/2025) AL (30/09/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	CAPITAL SALUD				
PENSIÓN:	PORVENIR				
RIESGOS LABORALES:	SURA				
OTRO					
TOTAL PAGADO			\$ 0		
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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.					
VI. ANEXOS					
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotográficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 SANDRA MILENA DIAZ DIAZ CC No 1026570686			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA MILENA DIAZ DIAZ	CC:	1026570686
CORREO ELECTRÓNICO:	crisfoferandrevd@gmail.com	TELÉFONO:	3202178585
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 1 D 45	CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento			
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			
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.		SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 550488454511707
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 6336 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.187.121
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/09/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	17/09/2025 AL 30/09/2025		
 SANDRA MILENA DIAZ DIAZ C.C 1026570686 Cel: 3202178585			



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

09/08/2025

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora SANDRA MILENA DIAZ DIAZ**
con **Cédula de Ciudadanía** número **1026570686**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488454511707
Fecha de apertura	09/08/2025

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DECLASSIFIED

10/15/84

10/15/84
10/15/84
10/15/84
10/15/84

10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84

10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84

10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84

10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84

10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84

10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84 10/15/84



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

SANDRA MILENA DIAZ DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.570.686**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Agosto 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.

1. The first part of the paper is devoted to the study of the properties of the function $f(x)$ defined by the equation

$$f(x) = \int_0^x \frac{1}{1+t^2} dt$$

for $x \in \mathbb{R}$.

2. In the second part, we consider the function $F(x)$ defined by the equation

$$F(x) = \int_0^x \frac{1}{1+t^2} dt$$

for $x \in \mathbb{R}$.

3. Finally, we study the function $G(x)$ defined by the equation

$$G(x) = \int_0^x \frac{1}{1+t^2} dt$$

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 01 Inscripción		4. Número de formulario 1411196060280			
5. Número de identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico			
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento 26. Número de identificación			
28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.			
31. Primer apellido DIAZ		32. Segundo apellido DIAZ			
33. Primer nombre SANDRA		34. Otros nombres MILENA			
35. Razón social		37. Sigla			
36. Nombre comercial		37. Sigla			
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.			
40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CR 1 # 1 D - 45			
42. Correo electrónico tssjreh@gmail.com		43. Código postal			
44. Teléfono 1		45. Teléfono 2			
Actividad económica		CLASIFICACIÓN			
Actividad principal		Otras actividades			
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad			
50. Código		51. Código			
52. Número establecimientos		53. Código 49 - No responsable de IVA			
Usuarios aduaneros		Exportadores			
54. Código		55. Forma 56. Tipo 57. Modo 58. CPC			
59. Anexos SI NO X		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. Párrafo 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:			
984. Nombre DIAZ DIAZ SANDRA MILENA		985. Cargo Contribuyente			
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		Firma autorizada:			



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



13 AGO 2025

Número de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A

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 ☐ B. Reporte de Novedad ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria Si ☐ No ☐
5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
8. Apellidos y nombres completos Díaz Díaz Sandra Milena			
9. Tipo documento de identidad CC	10. Número de documento de identidad 1026570686	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo de identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
13. Nacionalidad Colombia	14. Lugar de nacimiento Cundinamarca Bogotá	15. Fecha de nacimiento 11/12/1991	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☐	Categoría de discapacidad Tipo Condición
19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☐	20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Surq	23. Administradora de Pensiones Parvenir	24. Ingresos base de cotización - IBC 1'423,500	25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Kv 1 1d 45		3202178585 cristoferandroyd@gmail.com	
Bogotá Bogotá Santa Fe		Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres completos			
28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo de identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento	

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

35. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐
B1			F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
B2			
B3			
40. Sexo de identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento	
B1			
B2			
B3			

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☐	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente Si ☐ No ☐
B1							
B2							
B3							
51. Datos de residencia Departamento Municipio/Distrito	Zona Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)					
B1							
B2							
B3							

Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1		
B2		
B3		

Selección de la IPS primaria		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social Sandra Milena Díaz Díaz	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación 13202178585	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Kv 1 1d 45	Bogotá Bogotá		

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código		☐ 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 de pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.	
☐ 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 condiciones para seguir cotizando.			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cual?
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad 13/08/2025	67. Motivo de traslado Código	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 los 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 Servicios 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 o 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 Decreto 1377 de 2013.
☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes 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 la 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 de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad
 Cantidad de documentos de identidad anexos: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐ Total Anexos
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
 84. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
 87. Copia de la orden judicial o del 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 dos 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 conste 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 Código del Municipio Código del Departamento 93. Nombre de la Institución

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	
96. fecha de radicación	97. Fecha de validación		

Observaciones:

Medellin, 18 de septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que SANDRA MILENA DIAZ DIAZ con documento de identidad C1026570686, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE con NIT N900959051.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-09-16	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



