



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Paula Nereyda Ramirez Funes, identificado(a) con CC número 1193459893, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1193459893
NOMBRES Y APELLIDOS	Paula Nereyda Ramirez Funes
TIPO DE AFILIADO	Upc Adicional
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	02/03/2000
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	13/06/2025
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

Medellín, 18 de octubre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que PAULA NEREYDA RAMIREZ FUNES identificado(a) con C1193459893 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11934598932529181286

**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:

PAULA NEREYDA RAMIREZ FUNES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.459.893**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Octubre 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.

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KEVIN FABIAN ARANZA ESPITIA			CC:	1000616039
CORREO ELECTRÓNICO:	kfabian.aranza@gmail.com			TELÉFONO:	3153921597
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1BIS 22D 48 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24148576171
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 6408 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		S 2.241.855	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/22	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/23 AL 2025/09/30				
 KEVIN FABIAN ARANZA ESPITIA PS_6408_2025_AE642D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KEVIN FABIAN ARANZA ESPITIA CC: 1000616039 CEL: 3153921597					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

KEVIN FABIAN ARANZA ESPITIA

CON C.C N°

1.000.616.039

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. RESOLUCION 1499 26 08 2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6408 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/22
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.750.031	No. HORAS EJECUTADAS	55
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.750.031	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.241.855
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y NUEVE (9) DIAS
---	-----------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
------------------------	---------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
------	---

1	IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD CON ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.
2	REALIZAR LOS REGISTROS EN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA PARA CADA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN - RIA ESTABLECIDO POR LA SUBRED.
3	EL MÉDICO GENERAL ESTARÁ PRESENTE CON LA PERSONA CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON LAS ESPECIALIDADES DISPUESTAS PARA TAL FIN Y DEJAR EL REGISTRO EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS.
4	DEBE VERIFICAR QUE TODAS LAS PERSONAS VALORADAS HAYAN ACUDIDO A TODAS LAS ATENCIONES DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 EN EL CASO CONTRARIO, ORDENAR O CANALIZAR.
5	EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL LÍDER OPERATIVO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.
6	VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN).
7	IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL DURANTE LA VALORACIÓN POR CURSO DE VIDA.
8	IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO Y REALIZAR LA VALORACIÓN Y TAMIZAJES QUE SE REQUIERAN.
9	REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD - EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
10	PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL.
11	VERIFICAR QUE LA PERSONA A VALORAR ESTE PREVIAMENTE CARACTERIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL APLICATIVO GTAPS EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL Y EN LA MODALIDADES EXTRAMURAL E INTRAMURAL QUE ESTE FACTURADO Y CARGADO EN LA AGENDA.
12	REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON EL INDIVIDUO, LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS DE GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LOS TIEMPOS DETERMINADOS.
13	DEBERÁ ORDENAR LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA RESPECTIVA, PARA ASÍ DISPONER DE RESULTADOS EL DÍA DE LA TELECONSULTA CON EL ESPECIALISTA, ESTAS ÓRDENES DEBEN SER DE CONOCIMIENTO DEL AGENDADOR CUANDO CORRESPONDA PARA PROCEDER A ESTABLECER EL AGENDAMIENTO DE LA LECTURA RESULTADOS.
14	REALIZAR LA PROGRAMACIÓN Y ATENCIÓN SEGÚN LA PERIODICIDAD DE LOS SEGUIMIENTOS, ASÍ COMO LA MODALIDAD (PRESENCIAL O TELEFÓNICO), DEPENDIENDO DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y SU DESARROLLO DEBERÁ QUEDAR REGISTRADO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS. ASÍ MISMO REALIZAR LA ATENCIÓN Y REGISTRO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA, DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN DE SALUD Y LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN: TIPO 1, 2, Y 4., SEGÚN CORRESPONDA.

15	. EN CASO DE IDENTIFICAR POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIOS DEBE REMITIR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN DE OFICIO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL (SAT), REALIZAR EL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO Y PROGRAMAR LA ATENCIÓN. 18. ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN.
16	REALIZARÁ CONTROLES A GESTANTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA MME, SÍFILIS GESTACIONAL, CRÓNICOS, MENORES DE 5 AÑOS CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN AFILIADOS A LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE LOS PLANES DE BENEFICIO EAPB CON CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED.
17	PRODUCTOS A ENTREGAR POR PARTE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SUBRED COMPLETAMENTE DILIGENCIADA, ORDENES MÉDICAS DE LAS PERSONAS PERTENECIENTES A LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE LOS PLANES DE BENEFICIO EAPB CON CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED, CANALIZACIÓN AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - SIRC (PARA PERSONAS DE OTRAS EAPB QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), BASE DE DATOS DEFINIDA PARA LA RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE MODIFIQUEN Y ADICIONEN. FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA IDENTIFICADO, PLAN DE CUIDADO PRIMARIO INDIVIDUAL, REGISTROS REALIZADOS EN LAS APLICATIVOS DE DINÁMICA GERENCIAL, GTAPS Y LAS DEMÁS REQUERIDAS DENTRO DEL PROCESO DE EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN.
18	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y/O ADMINISTRATIVAS.
19	EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA EN CUALQUIERA DE SUS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD ASISTIRÁN A QUIEN LO NECESITE Y/O SOLICITARÁN APOYO ACTIVANDO LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS. LÍNEA 123 LOS CASOS DE SALUD SERÁN DERIVADOS AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS - CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA REMITIR A LA PERSONA A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD IPS QUE PUEDA ATENDERLO. ES NECESARIO REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA HASTA QUE LLEGUE EL EQUIPO DE RESPUESTA Y SEGUIR LAS INDICACIONES DEL REFERENTE DEL CRUE SI LE CONTACTAN. EL TIEMPO QUE ESTE EN EL EVENTO DEBE JUSTIFICARSE CON LA EVOLUCIÓN HORA A HORA HASTA QUE SE ENTREGUE AL EQUIPO DE RESPUESTA Y EL TIEMPO ALLÍ SERÁ VALIDADO PARA EL PAGO DE LOS HONORARIOS. TODO LO ANTERIOR EN SU ACTUAR COMO PERSONAL DE SALUD Y PRIMER RESPONDIENTE.
20	SISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y /O CONVOCATORIAS.
21	REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS, JORNADAS, COMITÉS A LOS CUALES SEA CONVOCADO COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES.
22	REGISTRAR LA INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS, APLICATIVOS, BASES DE DATOS Y FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO PREVISTOS Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.
23	OPERAR Y MANEJAR EN FORMA CORRECTA, ASÍ COMO RESPONDER POR EL CUIDADO Y BUEN USO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, CÓMPUTO Y ELEMENTOS ASIGNADOS, RESPONDER POR LA PÉRDIDA O DAÑO DE LOS MISMOS QUE CONSERVE BAJO SU CUIDADO O A LA CUAL TENGA ACCESO PARA EL DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. REALIZAR LA ENTREGA UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO (ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL, EQUIPOS BIOMÉDICOS, OFIMÁTICOS, INSUMOS U OTROS QUE SE LE HAYAN ENTREGADO).
24	REALIZAR EL USO LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADAS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, A EFECTOS DE NO COMPARTIRLAS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO Y HACER ENTREGA DE LAS MISMAS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO. AL IGUAL QUE LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO.
25	REALIZAR DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE MODIFIQUEN Y ADICIONEN.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-09-23) AL (2025-09-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:		Nº	OPERADOR:

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)			
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .			
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 KEVIN FABIAN ARANZA ESPITIA PS_6408_2025_AE642D KEVIN FABIAN ARANZA ESPITIA CC: 1000616039		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_6408_2025_AE642D BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		