SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ**			**CC:**	**1000116843**
CORREO ELECTRÓNICO:	**04052023luciana@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3142710699**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 14 A 43 05**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24111667873**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3728 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 547.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/10 AL 2026/04/30**				

JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ
PS_3728_2026_3FFABB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ
CC: 1000116843
CEL: 3142710699

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ			
	CON C.C N°	**1.000.116.843**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3728 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.801.920	**No. HORAS EJECUTADAS**	**24**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.801.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 547.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTRES (23) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	1. OBLIGACIÓN, DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.2 ACTIVIDAD, ASISTIR AL 100% DE LAS REUNIONES EN ESTE PRIMER CASO DE INDUCCIÓN EN DONDE SE EXPLICARON LINEAMIENTOS DEL MODELO, SE RECIBIÓ CAPACITACIÓN POR EL ÁREA DE SISTEMAS PARA EL MANEJO DEL APLICATIVO GTAPS, Y SE RECIBIÓ CAPACITACIÓN DEL GEÓGRAFO CON EL FIN DE POTENCIAR HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS PARA EL TEMA DE LAS VISITAS Y EL RUTEO ASIGNADO. 1.3 EVIDENCIA, LISTADOS DE ASISTENCIA
2	2. OBLIGACIÓN REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.2 ACTIVIDAD, SE REALIZÓ LECTURA Y APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS DE EQUIPOS DE MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR, GESTORES MÁS BIENESTAR, GESTIÓN, GESTIÓN TERRITORIAL, COMPONENTE ÉTNICO DIFERENCIAL, DOCUMENTO OPERATIVO DE EQUIPOS MAS BIENESTAR, FICHA ABORDAJE APSOCIAL Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS; CON EL FIN DE CONOCER DEL PROCESO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR Y CONOCER EL ACCIONAR COMO PROFESIONAL EN EL TERRITORIO. 2.3 EVIDENCIA, ACTA DE REUNIÓN CON FECHA 10-04-2026 ENTREGADA A LÍDER ASIGNADA.
3	3. OBLIGACIÓN ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN. 3.2 ACTIVIDAD, NO APLICA 3.3 EVIDENCIA, NO APLICA
	4. OBLIGACIÓN REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y

4	TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.2 ACTIVIDAD, SE ADJUNTA LAS PRESENTES CERITIFICACIONES DE LAS AFILIACIONES YA QUE NO SE HA CANCELADO LA PLANILLA. 4.3 EVIDENCIA, CERTIFICADOS DE LA EPS, FONDO DE PENSIONES Y ARL.
5	5. OBLIGACIÓN DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.2 ACTIVIDAD, DURANTE EL PERIODO A CERITIFICAR NO SE DESARROLLARON ACTIVIDADES COMO PLANES DE BINESTAR. 5.3 EVIDENCIA, NO APLICA
6	6. OBLIGACIÓN REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.2 ACTIVIDAD, DURANTE EL PERIODO A CERTITIFICAR NO SE TUVIERON EN CUENTA ESTOS FORMATOS POR LO QUE NO FUE POSIBLE REALIZAR VISITAS, PERO SE GESTIONO Y LLAMO A LOS CASOS QUE ASIGNARON 6.3 EVIDENCIA, APLICATIVO GTAPS
7	7. OBLIGACIÓN REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLIQUE. 7.2 ACTIVIDAD, NO SE EFECTUARON TAMIZAJEZ YA QUE NO HUBO VISITAS, PERO EN LA INDUCCION SE APLICARON CON LAS USUARIAS 7.3 EVIDENCIA, APLICATIVO GTAPS.
8	8. OBLIGACIÓN REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.2 ACTIVIDAD, AL MOMENTO NO SE HAN REALIZADO CANALIZACIONES NI SEGUIMIENTOS. 8.3 EVIDENCIA, NO APLICA
9	9. OBLIGACIÓN REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.2 ACTIVIDAD, AL MOMENTO NO SE HAN REALIZADO AGENDAMIENTOS EN TIEMPO REAL. 9.3 EVIDENCIAS, NO APLICA
10	10. OBLIGACIÓN REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.2 ACTIVIDAD, AL MOMENTO NO SE HAN REALIZADO NOTIFICACIONES DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. 10.3 EVIDENCIA, NO APLICA
11	11. OBLIGACIÓN REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.2 ACTIVIDAD, SE REVISO EL APLICATIVO, EN EL MOMENTO QUE SE ACTIVO, SE REVISARON LOS CASOS, PERO NO SE CARGO INFORMACION. 11. 3 EVIDENCIA, APLICATIVO GTAPS.
12	12. OBLIGACIÓN APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 12.2 ACTIVIDAD, SE RECIBEN CAPACITACIONES POR PARTE DE SISTEMAS PARA EL RESPECTIVO CARGUE DE LA INFORMACIÓN EN EL APLICATIVO GTAPS CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CALIDAD DEL DATO DE LA MISMA. 12.3 EVIDENCIA, LISTADO DE ASISTENCIA
13	13. OBLIGACIÓN CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.2 ACTIVIDAD, SE MANTIENE ACTUALIZADO ARCHIVO EXCEL COMPARTIDO EN DRIVE LLAMADO CASOS DE ASIGNACION POR PROFESIONAL_EMBH_V1, CON EL FIN DE TENER ACTUALIZADA LA TRAZABILIDAD DE CADA CASO ASIGNADO Y SU EFECTIVIDAD. 13.3 EVIDENCIA, BASE DE DATOS CASOS DE ASIGNACION POR PROFESIONAL_EMBH_V1.
14	14. OBLIGACIÓN REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.2 ACTIVIDAD, SE MANTIENE ACTUALIZADO EL APLICATIVO GTAPS CON CADA UNO DE LOS CASOS ASIGNADOS, ASÍ COMO LA BASE DE DATOS DE DRIVE COMPARTIDA CASOS DE ASIGNACION POR PROFESIONAL_EMBH_V1; CON EL FIN DE DAR RESPUESTA EFECTIVA AL SEGUIMIENTO DE LOS MISMOS 14.3 EVIDENCIA, APLICATIVO GTAPS Y BASE DE DATOS CASOS DE ASIGNACION POR PROFESIONAL_EMBH_V1.
	15. OBLIGACIÓN REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.2 ACTIVIDAD, SE REALIZA CARGUE DE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA TALES COMO LAS CERTIFICACIONES DE LAS

15	AFILIACIONES Y CUENTA DE COBRO EL DÍA 28 DE ABRIL, TENIENDO EN CUENTA LA HABILITACIÓN DEL APLICATIVO SIGCO. 15.3 EVIDENCIA, APLICATIVO SIGCO Y CERTIFICACIONES
16	16. OBLIGACIÓN DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.2 ACTIVIDAD, SE FIRMA ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO SEGURO DE DATOS-APLICATIVO GTAPS CON EL FIN DE GARANTIZAR LA VERACIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR LOS USUARIOS ASIGNADOS. 16.3 EVIDENCIA, ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD FIRMADO Y ENTREGADO A TÉCNICO ÁREA DE GESTIÓN 4.
17	17. OBLIGACIÓN REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.2 ACTIVIDAD, AL MOMENTO NO SE HAN REALIZADO NOTIFICACIONES A LOS EVENTOS MENCIONADOS. 17.3 EVIDENCIA, NO APLICA
18	18. OBLIGACIÓN APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18.2 ACTIVIDAD, SE PARTICIPÓ EN PROCESOS DE INDUCCIÓN PROGRAMADOS POR LOS LÍDERES DEL CONVENIO, EN LOS CUALES SE SOCIALIZARON LOS CONDUCTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ASOCIADOS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO QUE PUEDAN REPRESENTAR SITUACIONES ADVERSAS. ADICIONALMENTE, SE REALIZÓ REVISIÓN AUTÓNOMA DE LA LEY 1010 DE 2006, MEDIANTE LA CUAL SE ESTABLECEN DISPOSICIONES ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN, CORRECCIÓN Y SANCIÓN DE CONDUCTAS QUE PUEDEN CONSTITUIR ACOSO LABORAL EN EL MARCO DE RELACIONES DE TRABAJO O VÍNCULOS CONTRACTUALES. 18.3 EVIDENCIAS, LISTADOS DE ASISTENCIA
19	19. OBLIGACIÓN CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 19.2 ACTIVIDAD, SE HAN CUMPLIDO A CABALIDAD LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS TENIENDO EN CUENTA EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO. 19.3 EVIDENCIA, LISTADOS DE ASISTENCIA, APLICATIVO GTAPS.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-04-10) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		$ 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 período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.	
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ* *PS_3728_2026_3FFABB* **JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ** **CC: 1000116843**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3728_2026_3FFABB* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_3728_2026_3FFABB* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1000116843** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000116843
NOMBRES Y APELLIDOS	JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2025
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
EMPLEADOR(ES)	CC 1000116843 JEIMY SANCHEZ DESDE 01/10/2025

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **14/04/2026**

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

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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: 17/04/2026 6.34 PM

ARL | sura

Medellín, 17 de abril de 2026

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

CERTIFICA:

Que JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1000116843 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 17/04/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

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 - PRINCIPAL BOGOTA DC
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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

JEIMY LORENA SANCHEZ TELLEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.116.843**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Abril del 2026.

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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141127399606

(415)7707212489984(8020) 000014112739960 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 0 1 1 6 8 4 3	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 0 1 1 6 8 4 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	TELLEZ	JEIMY	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: TV 14 A # 43 05

42. Correo electrónico: lorensitatellez21@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 0 0 5 1	3 1 4 2 7 1 0 6 9 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 0 0 4 1 5	8 2 9 9	2 0 2 0 0 4 1 5					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
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 [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, 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 SANCHEZ TELLEZ JEIMY LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO