



República de Colombia

MUNICIPIO DE SOLEDAD

Nit 890106291

Compromiso Presupuestal No. 985

VIGENTE

Fecha expedición

12/02/2026

Fecha vencimiento

Valor Total

7.500.000,00

Son:

Siete Millones Quinientos Mil Pesos M/Cte.

Objeto

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCION EN SALUD VIGENCIA 2026 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLÁNTICO

Observaciones

Tercero

32649086ROSA MARIA JIMENEZ TORRES - NATURAL

Documento

CONTRATO DE PRESTACION PROF

Nro.

191

Fecha

12/02/2026

Nro. Int.

2319

Duración

3 MESES

0,00

Forma pago

UN PRIMER PAGO PROPORCIONAL, DOS PAGOS MENSUALES Y UN ULTIMO PAGO PROPORCONAL

Nro. Doc. Relacionado

18

Nro Proceso SECOP

Valor

7.500.000,00

Rubro

2.3.2.02.02.009.02.01 - SP SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES

C. Costo

04FONDO LOCAL DE SALUD

Fondo

281.2.4.2.02 SGP-salud-salud publica

Proyecto

202500000050211DESARROLLO DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL MUNICIPIO DE SOLEDAD, EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA, VIGENCIA 2026 SOLEDAD

Detalle Sectorial Prog:

19.02.77SPC - E1 GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA

Detalle Sectorial Ejec:

19.02.84SPC - E1 GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA - L1 DESARRO7.500.000,00

CPI

1905023Servicio de gestion del riesgo para abordar condiciones cronicas prevalente

CPC

91122Servicios de la administracion publica relacionados con la salud7.500.000,00

Disponibilidad

18

INTENCION DE PAGO



RAMON EMILIO SALAS MALDONADO

5a450c658823-57213534-bcdcbefcc3da

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **ROSA MARIA JIMENEZ TORRES**, identificado(a) con **cédula** **ciudadanía número 32.649.086** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 902005053** **aperturada el 22 de abril de 2024**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **17 días** del mes de **marzo** del año **2026**.

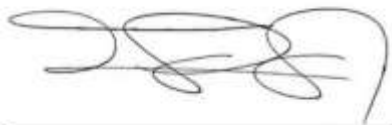
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0902005053**

Cuenta de 16 dígitos: **0902000200005053**

Cuenta de 20 dígitos: **00130902000200005053**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.649.086

JIMENEZ TORRES

APELLIDOS

ROSA MARIA

NOMBRES

Rosa M. Jimenez Torres
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1959

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

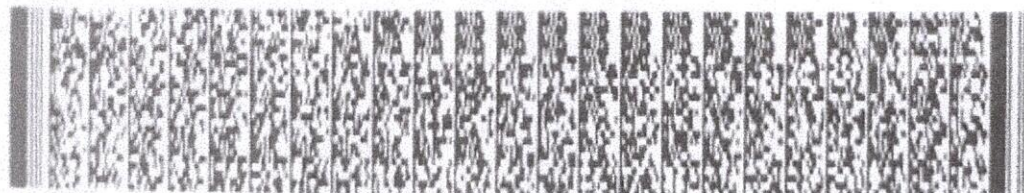
A-
G.S. RH

F
SEXO

14-NOV-1979 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

NO DE DERECHO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 0300150-00144520 F-0032649086-20081230

0009163511A 2

1030030948

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 32649086		JIMENEZ TORRES ROSA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAL 28 # 43-17	SOLEDAD-ATLANTICO	7777777	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	245425391		9502434272	I	2026/04/22	2026/04/22	NEQUI	\$237,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$18,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$18,300		\$0	\$0	
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$18,300		\$0	\$0	
1	CC	32649086	JIMENEZ ROSA		0	\$0	\$0	ESSC07	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$18,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$18,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32649086		JIMENEZ TORRES ROSA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAL 28 # 43-17	SOLEDAD-ATLANTICO	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-03	2026-03	245425391	9502434272	I	2026/04/22	2026/04/22	NEQUI	0	\$237,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,300	\$0	\$0	\$18,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$18,300	\$0	\$0	\$18,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$237,200	\$0	\$0	\$237,200	

COLFONDOS S.A PENSIONES Y CESANTIAS

NIT. 800.149.496-2

Dirección: Calle 67 No. 7-94

Teléfono: 3765066

En su calidad de Administradora de los Fondos:

Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Moderado	NIT. 800.227.940-6
Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Conservador	NIT. 900.391.896-3
Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Mayor Riesgo	NIT. 900.391.900-5
Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Retiro Programado	NIT. 900.391.901-2

CERTIFICA QUE:

El día 11 de julio del año 2017, se gestionó la devolución de saldos conforme a la objeción frente a la solicitud pensional por vejez a favor de la señora ROSA MARIA JIMENEZ identificada con cédula de ciudadanía No. **32649086**, toda vez que no cumplió los requisitos legales para acceder al derecho pensional.

De acuerdo con lo anterior, se realizó el pago por valor total de \$ 5.190.806,00 mediante consignación; por concepto de bono pensional y sus rendimientos más las cotizaciones realizadas desde su afiliación a Colfondos y sus rendimientos. Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 66 de ley 100 de 1993:

Artículo 66. Devolución de Saldos. Quienes a las edades previstas en el artículo anterior no hayan cotizado el número mínimo de semanas exigidas, y no hayan acumulado el capital necesario para financiar una pensión por lo menos igual al salario mínimo, tendrán derecho a la devolución del capital acumulado en su cuenta de ahorro individual, incluidos los rendimientos financieros y el valor del bono pensional, si a este hubiere lugar, o a continuar cotizando hasta alcanzar el derecho.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, el día 31 de marzo de 2025, en la ciudad de Bogotá.

Si desea mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestros canales digitales y oficina virtual en www.colfondos.com.co o comunicándose con el Contact Center en Bogotá al (601)7484888, Barranquilla (605)3869888, Bucaramanga (607)6985888, Cali (602)4899888, Cartagena (605)6949888, Medellín (604) 6042888, y para el resto del país a la línea 01 800 05 10000 o ingresando a través de nuestro WhatsApp +57 310 300 28 88.

Cordialmente,

Dirección de Servicio al Cliente

Elaboró: <HARC>- Servicio al Cliente

Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: (defensoriacolfondos@nabogados.com), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: (601) 213 13 70 y (601) 213 13 22; Celular: 321 924 04 79; Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua.

Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías. Sociedad administradora de fondos de pensiones y de cesantías.
Bogotá (601) 7484888, Barranquilla (605) 3869888, Bucaramanga (607) 6985888, Cali (602) 4899888, Cartagena (605) 6949888, Medellín (604) 6042888
o gratis para el resto del país en la línea 01 800 05 10000.

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **ROSA MARIA JIMENEZ TORRES** identificado con Cédula de ciudadanía número **32649086** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

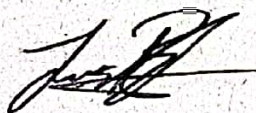
Estado Afiliado: **Activo**
IPS de atención: **PEREZ RADIOLOGOS SAS**
Categoría: **A**
Fecha afiliación: **04/01/2026**
Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 17 de marzo del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS.BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

Atención sin tanta vuelta

Barrio La Concepción, Carretera troncal No. 71 B - 105, Teléfono: (5) 651 73 93
Línea permanente de atención al usuario 01 8000 1168 82 / E-mail: mutualser@mutualser.org
Cartagena de Indias

VIOLADO Supersalud



mutualser

Atención sin tanta vuelta

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO
FORMATO TIPO CUESTIONARIO DE CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO
Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

NOMBRE COMPLETO: JIMENEZ TORRES ROSA MARIA

IDENTIFICACIÓN: 32649086

EDAD: 66

MUNICIPIO: SOLEDAD

DIRECCIÓN: CL 28 43 - 17 CS

FECHA: 17/03/2026

INSTRUCCIONES:

Cada afiliado debe diligenciar este formato tipo cuestionario, marcando con una X en "SI" o "NO" dando respuesta a las siguientes preguntas:

1) ¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliaciones la EPS he hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI ☒ NO ☐

2) ¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

SI ☒ NO ☐

3) ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI ☒ NO ☐

4) ¿Leyó el contenido de la carta de Desempeño de la EPS?

SI ☒ NO ☐

5) ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado(a) adecuadamente por la EPS?

SI ☒ NO ☐

DATOS DE QUIEN FIRMA A RUGO

NOMBRE COMPLETO: Rosa Maria Jimenez

IDENTIFICACIÓN: 32649086

EDAD: 66

DIRECCIÓN: Calle 28 # 43-17

FIRMA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código				☐ 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.			
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD							
61. Datos básicos de identificación				MARIA			
JIMENEZ		TORRES		ROSA			
Tipo de documento de Identidad 		Número del documento de Identidad 32649086		63. Sexo identificación T ☐ NB ☐ Otros ☐ Cual ☒		64. Fecha de nacimiento 2 2 1 0 1 9 5 9	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad 1 9 0 2 2 0 2 6		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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de 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 al 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 Sisben 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							
Tipo de documento de Identidad		Número de documento de Identidad 32649086 P/					
IX. FIRMAS							
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado				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							
☐ 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 numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. ☐ 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.							
							Total anexos:
XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL							
92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio				93. Nombre de la Institución			
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL							
Apellidos y nombres		Segundo nombre		Primer nombre		Segundo apellido	
Tipo de documento de Identidad		Número del documento de Identidad		95. Firma del funcionario			
96. Fecha de radicación D D M M A A A A		97. Fecha de validación D D M M A A A A					
OBSERVACIONES:							

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades ☒		2. Tipo de afiliación A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐		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) ESSC07			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)							
A. AFILIACIÓN							
8. Apellidos y nombres JIMENEZ TORRES ROSA MARIA							
9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 32649086		11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐		12. Sexo identificación F ☒ M ☐	
13. Nacionalidad COL		14. Lugar de nacimiento Pais: COLOMBIA Departamento: ATLANTICO Municipio: SOLEDAD		15. Fecha de nacimiento 2 2 1 0 1 9 5 9			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Categoría de discapacidad		SI ☐ NO ☒	
19. Tiene encuesta SI ☒ NO ☐		20. Clasificación SISBEN Nivel 1 Grupo A		21. Grupo de población especial		5	
22. Administradora de riesgos laborales - ARL		23. Administración de pensiones ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES		24. Ingreso base de cotización - IBC \$2.500.000		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia CL 28 43 - 17 CS Dirección ATLANTICO		3742457 Teléfono fijo		3126779765 Teléfono celular		ROSAMARIAJIMENEZ0506@GMAIL.COM Correo electrónico	
27. Departamento ATLANTICO		28. Municipio / Distrito SOLEDAD		29. Localidad / Comuna COSTA HERMOSA		Zona Cabecera municipal ☒ Rural disperso ☐ Centro poblado ☐ Resto rural ☐	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR							
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante							
27. Apellidos y nombres							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
28. Tipo de Documento de		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo identificación F ☐ M ☐	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento			
Pais		Departamento		Municipio			
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
35. Apellidos y nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino Masculino F M T NB Otro Cual	
40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento			
Pais		Departamento		Municipio			
Datos complementarios del beneficiario							
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial	
47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
SI NO		Nivel Grupo		SI NO		SI NO	
51. Datos de residencia							
Departamento		Municipio / Distrito		Zona		Teléfono fijo y/o celular	
Cabecera municipal		Centro poblado		Rural disperso		Resto rural	
52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)							
Dirección		Localidad / Comuna		Correo electrónico			
53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS							
C		PEREZ RADIOLOGOS SAS				54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B1						087580250301	
B2							
B3							
B4							
B5							
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO							
55. Nombre o razón social		56. Tipo de documento de identificación		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
ROSA MARIA JIMENEZ TORRES		CC		32649086		2	
59. Ubicación		Departamento		Municipio / Distrito			

FORMATO CON-2025
INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA



ALCALDÍA de
SOLEDAD

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.	002		
Contrato N°	191 Prefijo 2026			
Nombre del Supervisor	SINDY MEJIA DIAZ			
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL				
Tipo de contrato	CONTRATO DE PRESTACION PROF		Otro:	
Nombre del contratista	ROSA MARIA JIMENEZ TORRES			
Identificación del contratista	32649086			
Objeto del contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCION EN SALUD VIGENCIA 2026 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLÁNTICO			
Plazo	3 MESES			
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	18	Fecha del CDP (dd-MM-yyyy)	09-01-2026	
Número de Registro Presupuestal (R.P)	985	Fecha del RP (dd-MM-yyyy)	12/02/2026	
Valor del contrato	Contrato Inicial	\$7.500.000		
	Adición 1	\$		
	Adición 2	\$		
	Total	\$7.500.000		
3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):				
Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)

FORMATO CON-2025
INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA



ALCALDÍA de
SOLEDAD

Calidad del servicio	N/A			
Cumplimiento	N/A			
Anticipo	N/A			
Pago anticipado	N/A			
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A			
Salarios y prestaciones	N/A			
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A			

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		\$7.500.000
Adición No. 1		\$
Adición No. 2		\$
Valor Total del contrato		\$7.500.000
Porcentaje del Anticipo	\$	
Porcentaje del Pago anticipado	\$	
Valor Ejecutado del Contrato		\$3.416.667
Valor por ejecutar		\$4.083.333
Valor a pagar en el presente Informe		2.500.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		002

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE
Salud	12.5%	\$218.900	MARZO DE 2026
Pensión	16%	\$0	MARZO DE 2026



ARL	1.044	\$18.300	MARZO DE 2026
PLANILLA No. 9502434272		FECHA DE PAGO: 2026/04/22	OPERADOR: APORTES EN LINEA 32649086 32649086
6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO			
Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, y el informe donde se detallan las actividades realizadas y el cumplimiento del objeto contractual, conforme a lo estipulado en el contrato.			
7. PERIODO DE CERTIFICACIÓN		DEL 1 AL 30 DE MARZO DE 2026	
Obligación Contractual		Producto	
ACTIVIDAD 1 Realizar seguimiento al 100% de las IPS del Municipio, con el fin de dar cumplimiento a las acciones de promoción, prevención y gestión clínica del riesgo en el marco de la Ruta de Atención Integral del Riesgo al cáncer.		Realice seguimiento de las IPS del Municipio, con el fin de dar cumplimiento a las acciones de promoción, prevención y gestión clínica del riesgo en el marco de la Ruta de Atención Integral del Riesgo al cáncer.	
ACTIVIDAD 2			
ACTIVIDAD 3			
ACTIVIDAD 4			
ACTIVIDAD 5			
ACTIVIDAD 6			
ACTIVIDAD 7			

**FORMATO CON-2025
INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA**



**ALCALDÍA de
SOLEDAD**

ACTIVIDAD 8	
Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes: 1 2 3	
INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO.	
Fecha del Informe	ABRIL 24 DE 2026



SINDY VANESSA MEJIA DÍAZ
Supervisor
Salud Publica
77c99775a3ed-2461178155953-719303a38d62

Proyectado por: ROSA MARIA JIMENEZ TORRES

BERENICE ISABEL MACHADO MARTINEZ: 77c99775a3ed-2461175071039-ac1d04dda195

INFORME DE ACTIVIDADES No. 002			
INFORMACION GENERAL			
CONTRATO No.		191 Prefijo 2026	
OBJETO DEL CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCION EN SALUD VIGENCIA 2026 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLÁNTICO	
FECHA DE INICIO CONTRATO	20 de Febrero de 2026	FECHA FINAL CONTRATO	19 de Mayo de 2026
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	7.500.000	VALOR HONORARIO	2.500.000
PERIODO DE CUENTA		DEL 1 AL 30 DE MARZO DE 2026	
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		ACTIVIDADES EJECUTADAS	
Realizar seguimiento al 100% de las IPS del Municipio, con el fin de dar cumplimiento a las acciones de promoción, prevención y gestión clínica del riesgo en el marco de la Ruta de Atención Integral del Riesgo al cáncer.		Realice seguimiento de las IPS del Municipio, con el fin de dar cumplimiento a las acciones de promoción, prevención y gestión clínica del riesgo en el marco de la Ruta de Atención Integral del Riesgo al cáncer.	



ROSA MARIA JIMENEZ TORRES
Contratista Persona Natural - S. Salud
Salud Publica
74009d13e7cb-2461155131030-a464ecea7836



GERMAN ANDRES LOSADA LIEVANO
Referente de Dimensión
Secretaria de Salud
74009d13e7cb-2461176154534-61548bc1dccd

Proyectado por: ROSA MARIA JIMENEZ TORRES

BERENICE ISABEL MACHADO MARTINEZ: 74009d13e7cb-2461175071057-1747eda03e8d

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 1 6 Levantamiento suspensión RUT				4. Número de formulario 141039025078			
(415)7707212489984(8020) 000014103902507 8							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
3 2 6 4 9 0 8 6		6		Impuestos de Barranquilla		2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida		Cédula de Ciudadanía		3 2 6 4 9 0 8 6			
28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio		34. Otros nombres	
COLOMBIA		Atlántico		Barranquilla		MARIA	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre			
JIMENEZ		TORRES		ROSA			
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		Atlántico		Soledad			
41. Dirección principal							
CL 28 43 17 BRR COSTA HERMOSA							
42. Correo electrónico rosamariajimenez0506@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1		45. Teléfono 2			
0 8 3 0 0 2		3 0 4 5 6 7 3 1 8 9		3 0 0 5 7 1 2 5 9 6			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código		47. Fecha inicio actividad		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
8 6 2 2		2 0 0 6, 0 4, 0 1		50. Código		51. Código	
				1 2			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código							
2 0							
20- Obtención NIT							
Uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos				60. No. de Folios:			
SI NO X				0			
61. Fecha				2024-05-08 / 09:58:47AM			
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
BERENICE ISABEL MACHADO MARTINEZ - 02e2a824500d-2461175065922-61c277e4c153				984. Nombre SARMIENTO ARGUELLES VERONICA PATRICIA			
				985. Cargo Gestor I			



ALCALDÍA ^{de}
SOLEDAD

Pago Nro. **002**

ALCALDÍA DE SOLEDAD ATLÁNTICO

Nit. 890.106.291-2

Debe a:

ROSA MARIA JIMENEZ TORRES

CC Nro. 32649086 expedida en Barranquilla

La suma de: (\$2.500.000)

Valor en letras: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L.

Por Concepto, (Objeto del contrato): PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCION EN SALUD VIGENCIA 2026 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLÁNTICO

No. De Contrato: 191 Prefijo 2026

Periodo: DEL 1 AL 30 DE MARZO DE 2026

Consignar en la Cuenta No.: AHORROPS 902005053 BBVA

Número de Celular: 3006837363

Correo Electrónico: rosamariajimenez0506@gmail.com

Atentamente,



ROSA MARIA JIMENEZ TORRES

Contratista Persona Natural - S. Salud

Salud Publica

5e3818280acf-2461168112812-6169c74d2213

Proyectado por: ROSA MARIA JIMENEZ TORRES

BERENICE ISABEL MACHADO MARTINEZ: 5e3818280acf-2461175065809-96ed69fcd297



ANEXO 1 - INFORME DE ACTIVIDADES No. 2

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

NUMERO DE CONTRATO

SS-CD-2026-191

PERIODO DE CUENTA

DEL 1 AL 30 DE MARZO DE 2026

EVIDENCIA FOTOGRAFICA ACTIVIDAD PRINCIPAL

REDES SOCIALES



Rosa Jimenez

ROSA MARIA JIMENEZ TORRES
Contratista

Calle 41 #17-27

www.soledad-atlantico.gov.co

BERENICE ISABEL MACHADO MARTINEZ - 6373f9e730eb-2461175071108-15b47a0de6a8

GERMAN ANDRES LOSADA LIEVANO - 6373f9e730eb-2461176154507-a7effa129254

Certificado de Aportes

Se certifica que ROSA MARIA JIMENEZ TORRES identificado(a) con CC 32649086 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: JIMENEZ TORRES ROSA MARIA CC 32649086																			
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades									
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln
9504084501	281467517	I	2026-05-05	EPS	ESSC07	MUTUAL SER	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30										
9504084501	281467517	I	2026-05-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30										

Este certificado se expide el día 2026-05-14 a las 07:05.

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **ROSA MARIA JIMENEZ TORRES** identificado con Cédula de ciudadanía número **32649086** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

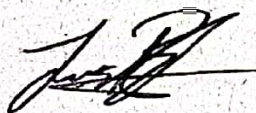
Estado Afiliado: **Activo**
IPS de atención: **PEREZ RADIOLOGOS SAS**
Categoría: **A**
Fecha afiliación: **04/01/2026**
Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 17 de marzo del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS.BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

Atención sin tanta vuelta

Barrio La Concepción, Carretera troncal No. 71 B - 105, Teléfono: (5) 651 73 93
Línea permanente de atención al usuario 01 8000 1168 82 / E-mail: mutualser@mutualser.org
Cartagena de Indias

VIOLADO Supersalud



mutualser

Atención sin tanta vuelta

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO
FORMATO TIPO CUESTIONARIO DE CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO
Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

NOMBRE COMPLETO: JIMENEZ TORRES ROSA MARIA

IDENTIFICACIÓN: 32649086

EDAD: 66

MUNICIPIO: SOLEDAD

DIRECCIÓN: CL 28 43 - 17 CS

FECHA: 17/03/2026

INSTRUCCIONES:

Cada afiliado debe diligenciar este formato tipo cuestionario, marcando con una X en "SI" o "NO" dando respuesta a las siguientes preguntas:

1) ¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliaciones la EPS he hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI ☒ NO ☐

2) ¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

SI ☒ NO ☐

3) ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI ☒ NO ☐

4) ¿Leyó el contenido de la carta de Desempeño de la EPS?

SI ☒ NO ☐

5) ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado(a) adecuadamente por la EPS?

SI ☒ NO ☐

DATOS DE QUIEN FIRMA A RUGO

NOMBRE COMPLETO: Rosa Maria Jimenez

IDENTIFICACIÓN: 32649086

EDAD: 66

DIRECCIÓN: Calle 28 # 43-17

FIRMA

8. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad		61. Datos básicos de identificación	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☒ 14. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo	☐ B. Régimen Subsidiado	
☐ 3. Actualización del documento de identificación.	☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen	☐ B. Diferente Régimen	
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.	☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.	
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.	☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.	
Código	☐ 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.			
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación			
JIMENEZ	TORRES	ROSA	MARIA
62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento	
Femenino ☒ Masculino ☐	T ☐ NB ☐ Otros ☐ Cual ☐	2 2 1 0 1 9 5 9	
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	
	1 9 0 2 2 0 2 8	Código	
68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones.			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☒ 69. Declaraciones 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 impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
☒ 72. Declaración de no interacción 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 genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	
☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de 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 al 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	
Segundo apellido	
Tercer apellido	
Cuarto apellido	
Tipo de documento de identidad	
Número de documento de identidad 32649086 B/	

IX. FIRMAS	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	
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	
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 numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.	
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.	
Total anexos:	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
94. Apellidos y nombres			
95. Firma del funcionario			
96. Fecha de radicación			
97. Fecha de validación			
OBSERVACIONES:			

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades ☒		2. Tipo de afiliación A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐		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) ESSC07			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)							
A. AFILIACIÓN							
8. Apellidos y nombres JIMENEZ TORRES ROSA MARIA							
9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 32649086		11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐		12. Sexo identificación F ☒ M ☐	
13. Nacionalidad COL		14. Lugar de nacimiento Pais: COLOMBIA Departamento: ATLANTICO Municipio: SOLEDAD		15. Fecha de nacimiento 2 2 1 0 1 9 5 9			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Categoría de discapacidad		SI ☐ NO ☒	
19. Tiene encuesta SI ☒ NO ☐		20. Clasificación SISBEN Nivel 1 Grupo A		21. Grupo de población especial		5	
22. Administradora de riesgos laborales - ARL		23. Administración de pensiones ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES		24. Ingreso base de cotización - IBC \$2.500.000		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia CL 28 43 - 17 CS Dirección ATLANTICO		3742457 Teléfono fijo		3126779765 Teléfono celular		ROSAMARIAJIMENEZ0506@GMAIL.COM Correo electrónico	
Departamento		SOLEDAD Municipio / Distrito		COSTA HERMOSA Localidad / Comuna		Zona Cabecera municipal ☒ Rural disperso ☐ Centro poblado ☐ Resto rural ☐	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR							
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante							
27. Apellidos y nombres							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
28. Tipo de Documento de		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo identificación F ☐ M ☐	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio		34. Fecha de nacimiento			
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
35. Apellidos y nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino Masculino F M T NB Otro Cual	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
Datos complementarios del beneficiario							
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
51. Datos de residencia							
Departamento		Municipio / Distrito		Zona Cabecera municipal Centro poblado Rural disperso Resto rural		Teléfono fijo y/o celular	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
Dirección		Localidad / Comuna		Correo electrónico			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS C PEREZ RADIOLOGOS SAS						54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 087580250301	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO							
55. Nombre o razón social ROSA MARIA JIMENEZ TORRES		56. Tipo de documento de identificación CC		57. Número del documento de identificación 32649086		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 2	
59. Ubicación						Municipio / Distrito	