Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2016	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAYAN LUCIA MORA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1070707001							
CORREO ELECTRONICO:	dayanmora255@gmail.com				CELULAR:	3022255953							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED SUR OCCIDENTE								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCION DOMICILIARIA				SEDE:	CUNDINAMARCA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE1018	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488414418126								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4980-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 1			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	56556	FECHA	27/05/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DELOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2020		30	6	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.805.604									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.920.667
VALOR EJECUTADO	$1.805.604
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.805.604
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$115.063
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194.508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43066471	$877.803	$109.800	$26.400	4		**$136.200**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Junio del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ
LIDER DE PROGRAMA

DAYAN LUCIA MORA
CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ATENCION DOMICILIARIA			Sede: CUNDINAMARCA						
No. DE CONTRATO:	4980/2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	6	2.020		30	6	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAYAN LUCIA MORA		C. C.	1.070.707.001			DE	LA VEGA		

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y EN EL AREA DE ENFERMERIA ,PROSESOS DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE .

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI __x_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1:Apoyar la realización de las actividades en salud ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de los pacientes de Atencion domiciliaria.	SI	1.se apoya en el diligencimiento de fichas epidemilogicas y las diferentes actividades que se pueden presentar durante el acompañamiento de el profecional tratante durante la atencion domiciliaria.	apoyo de diligenciamiento en fichas epidemiologicas
2.Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI	2.se cumple el debido protocolo legal y etico para un optimo apoyo al profecional tratante.	apoyo en el protocolo legal y etico.
3.Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SI	3.se realiza el debido registro de las actividades y del apoyo al profesional tratante necesario para el cumplimiento de costos y facturacion.	apoyo en los diferentes registros solicitados por el profesional tratante en el area de atencion domiciliaria.
4.Recibir en forma documental y previa valoración a los pacientes de Atencion domiciliaria.	SI	4. adecuado manejo de historia clinica.	historia clinica y notas de enfermeria.
5.Realizar consentimiento informado de todas las actividades, procedimientos e intervenciones a efectuar en el paciente, explicando e informando claramente al paciente los riesgos y complicaciones asociados	SI	5. realizacion de concentimiento informado de laactividad de tomas de muestras de manera telefonica,explicando los riesgos complicaciones y dejando evidencia en consolidado loque refiere elpaciente.	consentimiento informado..
6.Cumplir con la calidad del registro clínico según la normatividad vigente y el manual de manejo y custodia de historia clínica	SI	6.se cumple con las debidos estandares de calidad en el apoyo de registro de fichas epidemiologicas según la normativa vigente	apoyo en el diligenciamiento de fichas epidemiologicas
7 Participar en la programación de las actividades del área	SI	7.se realiza presencia efectiva según lo requiera la programacion de atencion domiciliaria	participacion activa en los diferentes programas requeridos por el PAD
8 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	SI	8.se realiza apoyo en el reporte de evento de notificacion obligatoria según la normativa vigente liderado por el profesional tratante	reportar seguridad de paciente
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	SI	9.se notifican las fichas de calidad que se logren evidenciar durante el servicio	participacion activa en la notificacion de fichas de calidad durante el servicio
10 Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI	10.en caso de requerir por el medico tratante se practicara seguimiento y control a pacientes según las indecaciones	en caso de requerir por el medico tratante se practicara seguimiento y control a pacientes según las indecaciones
11.Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	SI	11. educar signos de alarma al paciente y familiares y programas de cronicos	se realiza educacion al paciente y a su familiar y se deja registro en aplicativo Dinamica de enfermeria.
12.Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	SI	12.se promueven acciones de humanizcion en la atencion y seguridad al paciente según lo requerido	educacion de humanizacion y seguridad al paciente y al usuario según lo requiera el servicio
13 Efectuar actividades de promoción y prevención, educación y cuidado que se debe tener el paciente y su familia en el proceso de atención en domicilio	SI	13.se realiza actividades de promocion y prevencion al usuario y en su entorno familiar en la atencion domiciliaria	educacion en programas de promocion y prevencion
14 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	14.se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimiento de la subred.	apoyo a las normas del sistema obligatorio de garantia de calidad requerida por la subred.

15 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades.	SI	15.se realiza registro mensual sobre el desarrollo y avance sobre las actividades correspondientes a mi perfil profesional.	hoja de actividades entregadas mensualmente enexada durante el pago.
. 16 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades.	SI	16.se responde por los elementos entregados /y utlizadospara el correcto funcionamiento de las actividades	registro de entrega de insumos
17.Mantener disponibilidad permanente en el teléfono móvil de manera que pueda mantener un contacto permanente.	SI	17.se mantiene disponibilidad con mi telefono movil para una mejor articulacion del desarrollo de mis actividades.	disponibilidad en el horario de mi telefono movil
18.permanecer atento para la aplicación de medicamentos que se necesiten de manera oportuna en la atención de los pacientes de la sub red conforme al procedimiento.	SI	18. se realiza aplicación de medicamentos ordenados por profesional tratante.	entrega de medicamentos.
19. Notificar las fallas de calidad que se presenten en la prestación del servicio e implementar las acciones mejora definidas para el mismo	SI	19.se notifican las fichas de calidad que se logren evidenciar durante el servicio	participacion activa en la notificacion de fichas de calidad durante el servicio
20. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	20.se conoce y se da cumplimiento a los procedimientos establecidos para el desarrollo de mis actividades.	educacion constante durante los procedimientos establecidos por la subred para el desarrollo de las actividades según mi perfil.
21. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	21.se hace apoyo y participacion activa en las diferentes actividades que se presentan en la subred.	se hace apoyo y participacion activa en las diferentes actividades que se presentan en la subred.
22. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 2	SI	22.se hace el devido registro de actividades/relacionadas con la prestacion de servicio según el perfil.	entrega de documento y regstro de actividades según el perfil.
23. Garantizar el mantenimiento del vehículo con el cual presta sus servicios, a través del cumplimiento de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de acuerdo al fabricante.	SI	23.se hace buen uso del vehiculo y los insumos prestados en esta.	se hace buen uso del vehiculo y los insumos prestados en esta.
24.Utilizar los elementos de protección obligatorios de acuerdo al código nacional de tránsito, con el fin de minimizar los riesgos propios de la actividad a desarrollar.	SI	24.se utiliza correctamebte los elementos de proteccion obligatorio durante el trancito del vehiculo institucional y respeto a las señales de trancito.	se utiliza correctamebte los elementos de proteccion obligatorio durante el trancito del vehiculo institucional y respeto a las señales de trancito.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.805.604 millon ochocientos cinco mil seisientos cuatro pesos

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_DAYANLUCIA MORA CC 1070707001

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	DAYAN LUCIA MORA	**Nit:**	1070707001
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Mayo 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Mayo 2020
Número de radicación:	43066471	**Total a pagar:**	$136,200
Fecha de vencimiento:	02/06/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	08/06/2020	**Número de administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	646386661
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$26,400
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$109,800
						$136,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara

Acerca de los certificados SSL

icontec ISO / IEC 27001 CO-SI005-1

Powered by Cenet Edinet

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 2 8 0 4 1 2 4 *

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 01 01 5 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]		Diana	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
	[illegible]	Femenino X Masculino	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F M I Condición T P				

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia					
	Dirección Cl 70A # 69-63				Teléfono fijo [illegible]	Teléfono celular [illegible]
Correo electrónico [illegible]	Municipio / Distrito Bogotá D.C	Zona Urbana X Rural	Localidad / Comuna Engativa		Departamento Cundinamarca	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Colsubsidio Tegu	
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Diana Lucia Mora			

39. Ubicación					
Dirección Cl 70A # 69-63	Teléfono 7121417	Correo electrónico [illegible]	Municipio / Distrito Bogotá DC	Departamento Cundinamarca	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 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 las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. ☐
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐
50. 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. ☐
51. 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. ☐
52. 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. ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
[illegible]	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Cantidad: ☐ Total ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
59. 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. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
62. Copia del 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 desaparición de los dos padres. ☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
65. 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. ☐

Famisanar NIT 830.003.564-7 DAS1862 08 MAY 2020 AUTORIZADO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial – Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN – Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:	71. Firma del funcionario
		Independiente	

Uso Supersalud (#)

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DAYAN LUCIA MORA , identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.707.001**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Junio del 2020.

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 qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

ARL | sura

Medellín, 14 de junio de 2020

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

CERTIFICA:

Que DAYAN LUCIA MORA identificado(a) con cedula de ciudadanía 1070707001 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 27/05/2020 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONOMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000008 - OPERATIVO OPS CR 4

CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP

CODIGO DE ACTIVIDAD: 4603901

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10707070012016625665

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 14/06/2020 7.07 AM

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 / 2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DAYAN LUCIA MORA

C.C1070707001 DE LA VEGA CUNDINAMARCA

La suma de 1.805.604 por concepto de: prestar servicios de la gestión administrativa y/o asistencial en el área Asistencial como auxiliar de enfermería en la unidad de atención domiciliaria durante el periodo de 01 al 30 de junio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4980 /2020

DAYAN LUCIA MORA

C.C1070707001 DE LA VEGA CUNDINAMARCA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550488414418126