

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA GILMA MOSQUERA MOSQUERA	CC:	1033749562		
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIAGILMA.MOSQUERA@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3016096596		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 3C ESTE 49 21 SUR	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488443530412

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3767 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		



MARIA GILMA MOSQUERA MOSQUERA  
PS\_3767\_2026\_EC42BF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
MARIA GILMA MOSQUERA MOSQUERA  
CC: 1033749562  
CEL: 3016096596

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

**MARIA GILMA MOSQUERA MOSQUERA**

**CON C.C N° 1.033.749.562**

**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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3767 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/04/09</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 15.801.920	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>24</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 15.801.920	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 547.200
---	---------------	--	------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** TRES (3) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** ANA MARGARET RABA SIERRA

**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 Obligación 1: 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.  
1.1 actividades desarrolladas: Se asistió a todas las actividades programadas por el convenio. 1.2 productos (evidencias): Planilla de asistencia.

2 Obligación 2: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN.  
2.1 actividades desarrolladas: realicé la actividad de apropiación conceptual de los lineamientos técnicos del convenio.2.2 productos (evidencias): Formato Acta.

3 Obligación 3: 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.3.1 Actividades desarrolladas: Realicé almacenamiento y protección profesional de documentos físicos para entrega final una vez finalice el contrato. Productos (evidencias): almacenamiento seguro.

4 Obligación 4: 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 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.  
4.1 Actividades desarrolladas: realicé la afiliación oportuna de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales) correspondientes al mes de. 4.2 Productos (evidencias): Certificado de afiliación.

5 Obligación 5: DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS.5.1 Actividades desarrolladas: desarrollé el plan de bienestar, acorde a los criterios de priorización. 5.2 Productos (evidencias): formatos diligenciados.

6 Obligación 6: 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.6.1 Actividades desarrolladas: realicé el diligenciamiento de la planilla con plan bienestar y actualización del estado de la familia en la base de datos de ruteo.6.2 Productos (evidencias): planilla de familias con plan bienestar, archivo plano de ruteo.

7 Obligación 7: 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. 7.1 Actividades desarrolladas: se realizaron los tamizajes requeridos según evento del usuario. 7.2 Productos (evidencias): formato APGAR, COPE, ZUNG, HAMILTON, SRQ.

8 Obligación 8: REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 Actividades desarrolladas: Se gestionaron las intervenciones sin requerir la activación de rutas.8.2 Productos (evidencias): nota aplicativa GTAPS.

9	Obligación 9: REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 Actividades desarrolladas: Se gestionaron las intervenciones sin requerir el agendamiento en tiempo real. 9.2 Productos (evidencias): nota aplicativo GTAPS.
10	Obligación 10: REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 Actividades desarrolladas: Se gestionaron las intervenciones sin requerir notificación de eventos. 10.2 Productos (evidencias): Se gestionaron las intervenciones sin requerir notificación de eventos.
11	Obligación 11: 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. 11.1 Actividades desarrolladas: se realizó de manera oportuna el cargue de la información correspondiente a la canalización de acuerdo a los lineamientos. 11.2 Productos (evidencias): nota aplicativo GTAPS.
12	Obligación 12: 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. 12.1 Actividades desarrolladas: participé en las diferentes actividades de mejoramiento continuo de los planes de mejoramiento del convenio. 12.2 productos (evidencias): planilla de asistencia.
13	Obligación 13: 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. 13.1 Actividades desarrolladas Se ejecutaron las actividades asignadas, asegurando el cumplimiento de estándares de calidad de la información (integridad, oportunidad, consistencia y exactitud), en el marco de los lineamientos técnicos y contractuales. 13.2 Productos (evidencias): nota en el aplicativo, tamizajes.
14	Obligación 14: 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. 14.1 Actividades desarrolladas: Realicé almacenamiento y protección profesional de documentos físicos en cumplimiento a los lineamientos técnicos del convenio. 14.2 Productos (evidencias): formatos tamizajes y planilla de familias más bienestar hogar.
15	Obligación 15: 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. 15.1 Actividades desarrolladas: Realicé la entrega de la cuenta de cobro conforme a los lineamientos técnicos. 15.2 Productos (evidencias): aplicativo SIGCO.
16	Obligación 16: 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. 16.1 Actividades desarrolladas: Se garantizó el cumplimiento de las políticas de protección y tratamiento de datos personales y de seguridad de la información, conforme a los lineamientos establecidos por el FFDSSDS y la SISS. 16.2 Productos (evidencias): fichas diligenciadas correctamente con manejo adecuado de la información del usuario.
17	Obligación 17: 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. 17.1 Actividades desarrolladas: Se gestionaron las intervenciones sin requerir la activación de rutas. 17.2 Productos (evidencias): nota en el aplicativo GTAPS.
18	Obligación 18: 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. 18.1 Actividades desarrolladas: Se dio cumplimiento a la apropiación. 18.2 Productos (evidencias): Actividad realizada en el mes correspondiente.
19	Obligación 19: 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.19.1 Actividades desarrolladas: Realicé la actividad programada conforme a los lineamientos técnicos.19.2 Productos (evidencias): actas de reunión, tamizajes, planillas.

### 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:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 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, pensión, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p>MARIA GILMA MOSQUERA MOSQUERA PS_3767_2026_EC42BF</p> <hr/> <p><b>MARIA GILMA MOSQUERA MOSQUERA</b> <b>CC: 1033749562</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_3767_2026_EC42BF</p> <hr/> <p><b>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p>ANA MARGARET RABA SIERRA PS_3767_2026_EC42BF</p> <hr/> <p><b>ANA MARGARET RABA SIERRA</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1033749562  
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: MARIA GILMA MOSQUERA MOSQUERA  
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL  
 DIRECCIÓN: CARRERA 3 C ESTE NUMERO 49 - TELÉFONO: 9999999  
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE  
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de  
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO  
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA: **6020621702** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES  
 PERIODO COTIZACIÓN MES: abril PERIODO COTIZACIÓN MES: abril  
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026  
 DÍAS DE MORA: 5  
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/05/20 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 322067795

**NOVEDADES**

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 281.300
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 281.300</b>

**SALUD**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A		1	\$ 219.700
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 219.700</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 42.900
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 42.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 541.800</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 2.100</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 543.900</b>

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

<b>1. Tipo de Trámite</b> A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		<b>2. Tipo de Afiliación</b> A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	<b>3. Régimen</b> A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado	<b>4. Contribución solidaria</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>5. Tipo de Afiliado</b> A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		<b>6. Tipo de Cotizante</b> A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		<b>7. Código</b> (a registrar por la EPS) 3	

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)**

<b>8. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido: Mosquera		Segundo Apellido: Mosquera		Primer Nombre: Maria		Segundo Nombre: Gilma	
<b>9. Tipo de documento de identidad</b> CC	<b>10. Número del documento de identidad</b> 1033749562	<b>11. Sexo biológico</b> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<b>12. Sexo identificación</b> F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		<b>13. Nacionalidad</b> Colombiano	
<b>14. Lugar de nacimiento</b> País: Colombia		Departamento: Chocó		Municipio: Condoto		<b>15. Fecha de nacimiento</b> 05/10/1992	

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

<b>16. Etnia</b>		<b>17. Comunidad</b>		<b>18. Discapacidad</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad		<b>19. Tiene encuesta SISBÉN</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>20. Clasificación SISBÉN</b> Nivel Grupo		<b>21. Grupo de población especial</b>	
<b>22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL</b>			<b>23. Administradora de Pensiones</b>			<b>24. Ingreso base de cotización - IBC</b>			<b>25. Tarifa Contribución Solidaria</b>		
<b>26. Residencia Dirección</b> Carrera 3 ceste # 4a 21 sur										Teléfono Fijo	
<b>27. Teléfono Celular</b> 3016096596			<b>28. Correo Electrónico</b> maria.gilma.mosquera@gmail.com								
<b>29. Departamento</b> Cundinamarca			<b>30. Municipio / Distrito</b> Bogotá			<b>31. Localidad / Comuna</b> Rafael Uribe Uribe			<b>32. Zona</b> Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>		

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

<b>27. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
<b>28. Tipo de documento de identidad</b>	<b>29. Número del documento de identidad</b>	<b>30. Sexo biológico</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<b>31. Sexo identificación</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		<b>32. Nacionalidad</b>	
<b>33. Lugar de nacimiento</b> País		Departamento		Municipio		<b>34. Fecha de nacimiento</b> D D M M A A A A	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

<b>35. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre								
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														
<b>36. Tipo de documento de identidad</b>	<b>37. Número del documento de identidad</b>	<b>38. Nacionalidad</b>	<b>39. Sexo biológico</b> Femenino Masculino		<b>40. Sexo identificación</b> F M T NB Otro Cual			<b>41. Lugar de nacimiento</b> País Departamento Municipio		<b>42. Fecha de nacimiento</b> D D M M A A A A				
B1			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B2			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B3			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B4			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B5			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
<b>Datos complementarios del Beneficiario</b>														
<b>43. Parentesco</b>		<b>44. Etnia</b>	<b>45. Comunidad</b>		<b>46. Grupo de población especial</b>		<b>47. Tiene encuesta SISBÉN</b> Si No		<b>48. Clasificación SISBÉN</b> Nivel Grupo		<b>49. Discapacidad</b> Si No Categoría de discapacidad		<b>50. Incapacidad permanente</b> Si No	
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

**51. Datos de residencia**

<b>Departamento</b>		<b>Municipio/ Distrito</b>		<b>zona</b>				<b>Teléfono fijo y/o celular</b>		<b>52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)</b>	
B1				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B2				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B3				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B4				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B5				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
<b>Dirección</b>				<b>Localidad/Comuna</b>				<b>Correo Electrónico</b>			
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

A. AFILIACION

C	
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	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito	

60. Tipo de Novedad

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                            |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.  | <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen          |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>                    | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.  |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="text"/>                     | <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.  |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.   |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.        | <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.  |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.  |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.   |   |

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación		Cuál	64. Fecha de nacimiento	
		Femenino Masculino	F	M	T	NB	Otro
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones			
		Código					

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 impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad
-----------------	------------------	---------------	----------------	--------------------------------	--------------------------------

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Maria Mosquera	

X. ANEXOS

- |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|--|----|----|----|----|----|----|----|----|
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad | Cantidad de documentos de identidad anexos: CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC | PT |
|---|--|----|----|----|----|----|----|----|----|
- 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
--	----------------------	-------------------------	------------------------------

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

94. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Stamp: EPS Sanitas OFICINA ZONA IN RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 30 MAR 2026

Stamp: RECIBIDO POR: [Signature]

Stamp: Sticker procesamiento

## 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



Medellín, 17 de abril de 2026

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

#### CERTIFICA:

Que MARIA GILMA MOSQUERA MOSQUERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033749562 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 10/04/2026

**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, FONOAUDILOGÍA, 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 INTERRUPTIÓN 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, FONOAUDILOGÍA, 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 INTERRUPTIÓN 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, FONOAUDILOGÍA, 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 INTERRUPTIÓN 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.**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA GILMA MOSQUERA MOSQUERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1033749562**, se encuentra afiliado/a desde **02/05/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de abril de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

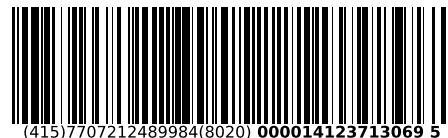
**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2. Concepto  Inscripción

4. Número de formulario

141237130695



(415)7707212489984(8020) 0000141237130695 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 3 7 4 9 5 6 2

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 3 3 7 4 9 5 6 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MOSQUERA

32. Segundo apellido

MOSQUERA

33. Primer nombre

MARIA

34. Otros nombres

GILMA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 3 C ESTE 49 21 SUR

42. Correo electrónico

mariagilma.mosquera@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 6 0 9 6 5 9 6

45. Teléfono 2

## 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 6, 0 2, 2 3

8 6 2 2

2 0 2 6, 0 2, 2 3

7 4 9 0

## 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	4	9																							

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

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

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

60. No. de Folios:

1

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 VARGAS CUELLAR DIANA CAROLINA

985. Cargo Analista V