

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NEYI PAOLA RUEDA ARIZA			CC:	52741820
CORREO ELECTRÓNICO:	PAO.PAO0622@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3143738071
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 5Q BIS 48A SUR 24			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550455900180957
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4168 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 388.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/06/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/03 AL 2026/06/30				
 NEYI PAOLA RUEDA ARIZA PS_4168_2026_233CE4 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NEYI PAOLA RUEDA ARIZA CC: 52741820 CEL: 3143738071					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
NEYI PAOLA RUEDA ARIZA

CON C.C N°52.741.820

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 4168 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/06/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$5.961.600No. HORAS EJECUTADAS24

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$5.961.600VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$388.800

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDOS (2) MESES

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

ITEMII. 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)

- 11.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 RELACIONADAS: Desarrollé las actividades programadas en las unidades de prestación de servicios asignadas, de acuerdo con el objeto contractual.
1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Registros de actividades realizadas, listas de asistencia y soportes de intervención
22. 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 RELACIONADAS: Realicé la apropiación conceptual de los lineamientos técnicos, anexos y actualizaciones del convenio Más Bienestar.
2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Evidencias de socialización, actas, fichas técnicas revisadas y registros de capacitación.
33. 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 RELACIONADAS: Organicé y mantuve disponibles los archivos físicos, magnéticos e insumos generados durante la ejecución contractual.
3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Inventario y archivos organizados para entrega
44. 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 DEROGÓ ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRÓ 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 TRÁMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR.
4.1 ACTIVIDADES RELACIONADAS : Realicé oportunamente el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y parafiscales.
4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Planillas PILA y comprobantes de pago.
55. 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 RELACIONADAS : Desarrollé los Planes de Bienestar de acuerdo con los criterios de priorización y las fichas técnicas establecidas.
5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Planes de Bienestar diligenciados y soportes de intervención.
66. 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 REALIZADAS : Elaboré las planillas de inicio de los Planes de Bienestar Familiar y registré los casos de disentimiento cuando fue necesario.
6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Planillas de familias, formatos de disentimiento y archivo plano de ruteo.

7	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 REALIZADAS : Apliqué los tamizajes establecidos según el perfil profesional y las necesidades identificadas en las familias. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Formatos de tamizajes diligenciados y registros clínicos
8	8. REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 ACTIVIDADES REALIZADAS : Realicé las canalizaciones y el seguimiento de los casos según los riesgos identificados. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Formatos de canalización y seguimiento.
9	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 REALIZADAS : Gestioné el agendamiento en tiempo real de los usuarios en la unidad resolutive correspondiente. 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Registros de agendamiento y soportes del sistema.
10	10. REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 ACTIVIDADES REALIZADAS : Realicé la notificación de eventos de interés en salud pública cuando fue requerido. 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Formatos de notificación y reportes realizados.
11	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 REALIZADAS: Registré oportunamente la información de las familias visitadas en el aplicativo GTAPS, garantizando calidad y oportunidad. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Registros cargados en GTAPS y reportes del aplicativo.
12	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 REALIZADAS : Apoyé las actividades relacionadas con el mejoramiento continuo de la calidad y los planes de mejoramiento institucional. 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Actas de reunión, informes y soportes de participación.
13	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 REALIZADAS : Cumplí con las actividades asignadas garantizando la integridad, oportunidad y calidad de la información registrada. 13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Bases de datos, reportes e informes validados.
14	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 REALIZADAS: Revisé y respondí por los formatos, documentos e informes generados durante las intervenciones realizadas. 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Formatos diligenciados e informes entregados.
15	15. REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRÓ ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1 ACTIVIDADES REALIZADAS : Realicé el cargue y la entrega de la cuenta de cobro dentro de los tiempos establecidos. 15.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Cuenta de cobro radicada y soportes de radicación
16	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 REALIZADAS : Cumplí con la política de protección de datos personales y seguridad de la información durante el desarrollo de mis actividades. 16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Compromisos de confidencialidad y cumplimiento de lineamientos institucionales.
17	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 REALIZADAS : Reporté oportunamente situaciones relacionadas con trabajo infantil, trabajo forzoso, discriminación, violencia y hostigamiento sexual cuando fueron identificadas. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Reportes y formatos de notificación, cuando aplicó.
18	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 REALIZADAS : Implementé las medidas orientadas a prevenir y atender situaciones de hostigamiento sexual, violencia y discriminación contra las mujeres, conforme a los lineamientos institucionales. 18.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Evidencias de cumplimiento de los lineamientos y registros de intervención.

19	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 REALIZADAS : Cumplí con las obligaciones establecidas en el anexo técnico y los lineamientos operativos vigentes del convenio Más Bienestar. 19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA) : Informes mensuales, soportes de actividades y productos entregados.		
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 (2026-06-03) AL (2026-06-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	COLFONDOS		\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 NEYI PAOLA RUEDA ARIZA PS_4168_2026_233CE4 NEYI PAOLA RUEDA ARIZA CC: 52741820	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_4168_2026_233CE4 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO	

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PS_4168_2026_233CE4

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Bogotá, Junio / 19 de 2026



Señor (a): NEYI PAOLA RUEDA ARIZA
CC. 52741820
TV 5Q BIS 35 Q SUR 24
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Septiembre / 23 de 1996, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellín, 16 de junio de 2026

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

CERTIFICA:

Que NEYI PAOLA RUEDA ARIZA identificado(a) con cédula de ciudadanía 52741820 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 10/06/2026

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

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:

C10723388192616762119

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:

16/06/2026 5.15 PM

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NEYI PAOLA RUEDA ARIZA, identificado(a) con C.C 52.741.820, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 22 de junio de 2026.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14969828855	
(415)7707212489984(8020) 000001496982885 5					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 2 7 4 1 8 2 0		1	Impuestos de Bogotá		3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		5 2 7 4 1 8 2 0	
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento	
COLOMBIA		1 6 9		Bogotá D.C. 1 1	
30. Ciudad/Municipio		31. Primer apellido		32. Segundo apellido	
Bogotá, D.C. 0 0 1		RUEDA		ARIZA	
33. Primer nombre		34. Otros nombres		35. Razón social	
NEYI		PAOLA			
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9		Bogotá D.C. 1 1		Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal					
TV 5 Q BIS N 48 Q SUR 24					
42. Correo electrónico pao.pao0622@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
1 1 1 8 3 1		6 0 4 5 7 2 9 0 6 5		3 1 4 3 7 3 8 0 7 1	
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	
8 6 9 9 2 0 2 0 0 3 2 9		8 2 9 9 2 0 2 0 0 3 2 9		51. Código 52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 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					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2023-12-31 / 01:54:56PM	
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:		
984. Nombre RUEDA ARIZA NEYI PAOLA			985. Cargo CONTRIBUYENTE		