

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                                   |            |                      |                 |        |
|-------------------------|-----------------------------------|------------|----------------------|-----------------|--------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                            | 2025-01-14 | Hasta:               | 2025-01-31      |        |
| Nombre del Contratista: | MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ |            | Número de Documento: | 1101321027      |        |
| Correo Electrónico:     | alejandra09v@gmail.com            |            | Número Telefónico:   | 3212027501      |        |
| Nombre del Supervisor:  | IVAN CADENA GRANDAS               | Cargo:     | JEFE OFICINA CALIDAD | Código - Grado: | 006-05 |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                  |               |      |                       |   |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------|------|-----------------------|---|
| No. Contrato:                 | 2334-2025                        | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 8 |
| Perfil:                       | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI    |               |      |                       |   |
| Dirección a la que Pertenece: | OFICINA DE CALIDAD               |               |      |                       |   |
| Unidad de Servicios:          | USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL |               |      |                       |   |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                    |                                                                |           |                                |
|------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección          | Unidad                                                         | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| T10SA                        | OFICINA DE CALIDAD | ADMINISTRATIVA                                                 | \$2665600 | 100%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2665600         | DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-01-14          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-08-31 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | ENERO               | \$ 2665600                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 37632000                | \$ 37632000              | \$ 2665600       | \$ 34966400        |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|

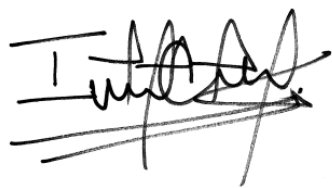
|   |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                       |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 1. Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema único de habilitación.                                                                                                          | Se realizó la entrega de la matriz de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), donde se contrastaron los Registros Especiales de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con la proyección de los servicios para el tercer trimestre del año 2024. Durante la revisión, se registraron las observaciones correspondientes al estado (abierto o cerrado) de los servicios de salud de las Unidades de Servicios de Salud Sur. Adicionalmente, se agregaron a la matriz aquellos servicios que no habían sido contemplados inicialmente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Matriz de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS)                                                                               |
| 2 | 2. Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de las autoevaluaciones de habilitación acorde a la programación establecida, según indicaciones del Líder de la línea de habilitación. | Se realizó una visita de seguimiento al área de patología, enfocándonos en la recepción y envasado de muestras. Durante la visita, se brindó capacitación técnica al personal en el manejo adecuado de dispositivos médicos e insumos. Adicionalmente, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de los documentos y procedimientos existente. Durante este seguimiento el personal realizó subsanación a las necesidades identificadas. "Se realizó un seguimiento exhaustivo al servicio de atención prehospitalaria, referencia y contrarreferencia, verificando su cumplimiento con los requisitos establecidos en la Resolución 3100. Como resultado de esta revisión, se identificaron algunas necesidades para alcanzar el cumplimiento total de la normativa, mientras que otras no conformidades fueron subsanadas de inmediato durante el proceso de revisión. | Listas de asistencia                                                                                                                  |
| 3 | 3. Realizar los informes de resultados de la aplicación de los instrumentos para la autoevaluación de estándares del Sistema único de Habilitación.                                               | Se realizó acta sobre las licencias de práctica médica de los equipos de radiaciones ionizantes de la Subred Sur.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Acta licencias de práctica médica de los equipos de radiaciones ionizantes                                                            |
| 4 | 4. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificación de cumplimiento de estándares de habilitación.                                      | Se realizó seguimiento a las licencias de práctica médica de la Subred Sur, donde se verificó el estado de las mismas. Se constató que algunas licencias, como las de la USS de Meissen y Tunjuelito, se encontraban en proceso de subsanación. Adicionalmente, se identificaron otras licencias vencidas a las que aún no se les había solicitado la visita de verificación. Se detectaron cuatro equipos de periparales que no contaban con la licencia requerida. Se establecieron compromisos y se definieron fechas límite para el cumplimiento de las acciones correctivas necesarias.                                                                                                                                                                                                                                                                           | - Acta licencias de práctica médica de los equipos de radiaciones ionizantes. - Listas de asistencia.                                 |
| 5 | 5. apoyar en lo concerniente a la asesoría y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema único de Habilitación.                                | Se participó en la reunión sobre el proyecto de Urgencias en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Tunal - Eje de Tecnología. Durante la reunión, se presentó al nuevo ingeniero a cargo del proyecto y se destacó la necesidad de una articulación efectiva entre las diferentes áreas involucradas para llevar a cabo una revisión exhaustiva del mismo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Listas de asistencia                                                                                                                  |
| 6 | 6. Realizar acompañamientos a las visitas internas SOGC y auditorios EAPB, cada vez que se requiera,                                                                                              | Se dio respuesta al radicado 0241000-023896-2, en el cual se dio respuesta por medio de una matriz de priorización las unidades de salud para certificación en habilitación a la Directora de Calidad de Servicios de Salud. SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Matriz de priorización las unidades de salud para certificación en habilitación a la Directora de Calidad de Servicios de Salud. SDS. |

|   |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 7 | 7. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institución" | Se participo en la reunión de contratación para el ajustes y validación lista de chequeo contratación persona natural. Se participó en la capacitación sobre el manejo de cloro orgánico, un nuevo producto que se está implementando en la Subred para la limpieza y desinfección de superficies, equipos biomédicos, entre otros elementos. La capacitación abarcó los procedimientos adecuados para el uso seguro y efectivo del cloro orgánico. Se asistió a la mesa de Buenas Prácticas Clínicas, donde presentaron los planes de mejora que se encontraban pendientes. Adicionalmente, se brindó una capacitación integral sobre farmacovigilancia, abordando aspectos clave para la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención." | Listas de asistencia. |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|

| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                       |                |                                   |                     |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------|
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS                           | Número de Cuenta    | 570462370067789 |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                       |                |                                   |                     |                 |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                       |                | USUARIO                           | FECHA               |                 |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                       |                | MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ | 2025-02-04 09:40:07 |                 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                       |                | IVAN CADENA GRANDAS               | 2025-02-04 16:22:08 |                 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                       |                | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO    | 2025-02-05 10:15:15 |                 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA |                       |                | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO    | 2025-02-20 15:20:04 |                 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



IVAN CADENA GRANDAS  
JEFE OFICINA CALIDAD



## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**04/02/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1101321027**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Número            | <b>0570462370067789</b> |
| Fecha de apertura | <b>11/01/2022</b>       |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                   |        |                                  |                    |                        |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|----------------------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN                        | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                                  | 1101321027        | MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ |        | Transversal 70D bis A #68-75 Sur | 3212027501         | alejandra09v@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                     | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                   |        | BOGOTÁ D. C.                     | BOGOTÁ, D.C.       |                        |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                                   |        |                                  |                    | SI                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                         |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC        |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0          |
| 2024-12              | 2024-12                           | I             | 02/01/2025               | 82565784        | TOTAL A PAGAR \$620.100 |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 235.300                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 235.300       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 301.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 301.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 45.900                 |                  |       |                        | 45.900                | 0         | 0                     | 45.900              |                            |                     | 459               | 45.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |             |              |           |
|---------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 37.700       | 0         |
|               |                |  |  |  |             |              |           |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 235.300                             | 235.300       |
| Pensión                | 1                              | 301.200                             | 301.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 45.900                              | 45.900        |
| CCF                    | 1                              | 37.700                              | 37.700        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 620.100                             | 620.100       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |        |                                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN                        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1101321027        | MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ |        | Transversal 70D bis A #68-75 Sur | 3212027501         | alejandra09v@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                   |        | BOGOTÁ D. C.                     | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                   |        |                                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                   |        |                                  |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-12              | 2024-12                           | I             | 02/01/2025               | 82565784        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$620.100     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                   |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|----|----|----|-------|----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                   |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    |    |    |    | SALUD |    |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres               | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1101321027            | VELASQUEZ VASQUEZ MAYRA ALEJANDRA | 59        | 0       |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    | 25-14    | 1.882.000         | 301.200    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005       | 1.882.000 | 235.300                | 14-11    | 1.882.000 | 3               | 45.900     | CCF24      | 1.882.000 | 37.700     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

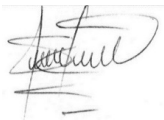
PAGADA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1101321027**, se encuentra afiliado/a desde **10/10/2018** 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 04 de febrero de 2025.



**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

Medellin, 4 de febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ con documento de identidad C1101321027, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE con NIT N900958564.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2024-07-01   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | ASISTENCIAL       | 0000000001 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |





CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Mayra Alejandra Velasquez Vasquez, identificado(a) con CC número 1101321027, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN       | CC 1101321027                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                   | Mayra Alejandra Velasquez Vasquez     |
| TIPO DE AFILIADO                      | Titular                               |
| PARENTESCO                            | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                   | 07/10/1992                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN               | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN            | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS        | 01/11/2023                            |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS      | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS         | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO       | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN                               | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN        | 01/11/2023                            |
| NIVEL SISBEN                          | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                        |                                       |

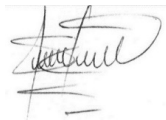
CEDULA DE CIUDADANIA 1101321027 MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ Desde 01/07/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1101321027 Trabajador Independiente Desde 01/04/2024 Hasta 30/06/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1101321027 MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ Desde 01/11/2023 Hasta 31/03/2024

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1101321027**, se encuentra afiliado/a desde **10/10/2018** 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 04 de febrero de 2025.



**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

Medellin, 4 de febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VASQUEZ con documento de identidad C1101321027, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE con NIT N900958564.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2024-07-01   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | ASISTENCIAL       | 0000000001 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |

