Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-09-01	**Hasta:**	2026-09-30	
Nombre del Contratista:	ANDREA CATERINE GARZON ALARCON		**Número de Documento:**	53012658	
Correo Electrónico:	andreacgarzona@gmail.com		**Número Telefónico:**	3165316178	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	**Código - Grado:**	237-15

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6462-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	1701
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	23518	$4327312	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4327312**	**CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS DOCEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-09-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-10-31

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8654624	**$ 8654624**	**$ 0**	**$ 8654624**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar Jornadas de bienestar en jardines,	- Para el mes en curso se realizan 12 jornadas de bienestar en la localidad de Usme y 2 en Ciudad Bolivar	- Formato de sesiones colectivas

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	Reaizar Sesiones educativas con padres de familia.	- Para el mes en curso se realizaron 6 sesiones con padres de familia en la localidad de Ciudad Bolivar	- Formato de sesiones colectivas
3	Realizar sesiones educativas con docentes	- Se realizaron 6 sesiones con las docentes en las localidades de tunjuelito 1, 3 en Usme y 2 en Ciudad Bolivar	- Formato de sesiones colectivas
4	Sesiones educativas con población preescolar	- Se realizaron 21 sesion con los escolares donde se desarrollo 11 sesiones en Usme y 10 en ciudad Bolivar	-Formato de sesiones colectivas
5	Realizar Sesión de aplicación de la escala abreviada del desarrollo	- No se desarrolla esta actividad por el perfil	- No aplica
6	Realizar sesión de llamada y seguimiento telefónico acorde a la necesidad	- No se desarrolla esta actividad por el perfil	- No aplica
7	Participar en mesa técnica de Seguridad Alimentaria	- No se desarrolla esta actividad por el perfil	- No aplica
8	Realizar sistematización del plan de cuidado escolar	- Para el mes en curso no se realiza esta actividad	- No aplica
9	Realizar sesión para laRealizar la elaboración de infografía informativa y socialización de resultados	- Para el mes en curso no se realiza esta actividad	- No aplica
10	Sesión de acercamiento a los jardines infantiles de seguimiento al plan de cuidado escolar	- Se realiza seguimiento a 6 jardines infantiles en la localidad de Ciudad Bolivar	- Acta
11	Realizar Sesión de evaluación y cierre de planes de cuidado escolar	- Para el mes en curso no se realiza esta actividad	- No aplica
12	Realizar sesión mascota verde.	- Se realiza en el mes en curso 8 seguimientos de mascota verde	- Formato de mascota verde
13	Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	- Se realiza la entrega de los formatos semanalmente a Gesi para actualizacion	- Formato de sesiones colectivas
14	Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	- Para el mes en curso no se realiza esta actividad	- No aplica
15	Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa.	- Se desarrollan horas de fortalecimiento donde se ejecutan 8H de la reunion de equipo localidad, 8H reunion Entorno, 6H fortalecimiento IDARTES, 8H Encuentros con la naturaleza JBB y 1H Fortalecimiento técnico actividad física en el corazón virtual.	- Listado de asistencia

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 5266800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	94709211	-		
2026	AGOSTO	2026	09	10				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2106720	$ 337075	**$ 337100**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 263340	**$ 263400**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 51320	**$ 51400**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 611412**	**$ 651900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550004800425185

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANDREA CATERINE GARZON ALARCON	2026-09-25 16:12:44
RECHAZADO SUPERVISOR	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	2026-09-29 22:32:37
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANDREA CATERINE GARZON ALARCON	2026-09-30 10:38:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	2026-09-30 17:15:58
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-10-01 14:57:03

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.



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15

© Siasur - 2026

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53012658	ANDREA CATERINE GARZON ALARCON	AV KR 70 C # 57 R - 73 SUR TORRE 2 APTO	3165316178	andromedasoyyo2@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94709211	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$2,106,750	$694.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	263.400	0		0		0	0	0	0	263.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	337.100	0	0	0	0	0	0		337.100	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	51.400				51.400	0	0	51.400			514	51.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.200	0	0	42.200	1

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	263.400	263.400
Pensión	1	337.100	337.100
Riesgos Laborales	1	51.400	51.400
CCF	1	42.200	42.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	694.100	694.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53012658	ANDREA CATERINE GARZON ALARCON	AV KR 70 C # 57 R - 73 SUR TORRE 2 APTO	3165316178	andromedasoyyo2@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94709211	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$2,106,750	$694.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excluyendo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 53012658	GARZON ALARCON ANDREA CATERINE	59	0			N																	230301	2.106.750	30	337.100	0	0	0	0	EPS008	2.106.750	30	263.400	14-11	2.106.750	30	3	51.400	CCF24	2.106.750	30	42.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **ANDREA CATERINE GARZON ALARCON**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **53012658** y es titular de la cuenta terminada en ****5185** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
10/09/2026	$ 694.100,00	COMPENSAR-OI	643004544	43004544

Se expide en Bogotá, el 30-09-2026.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

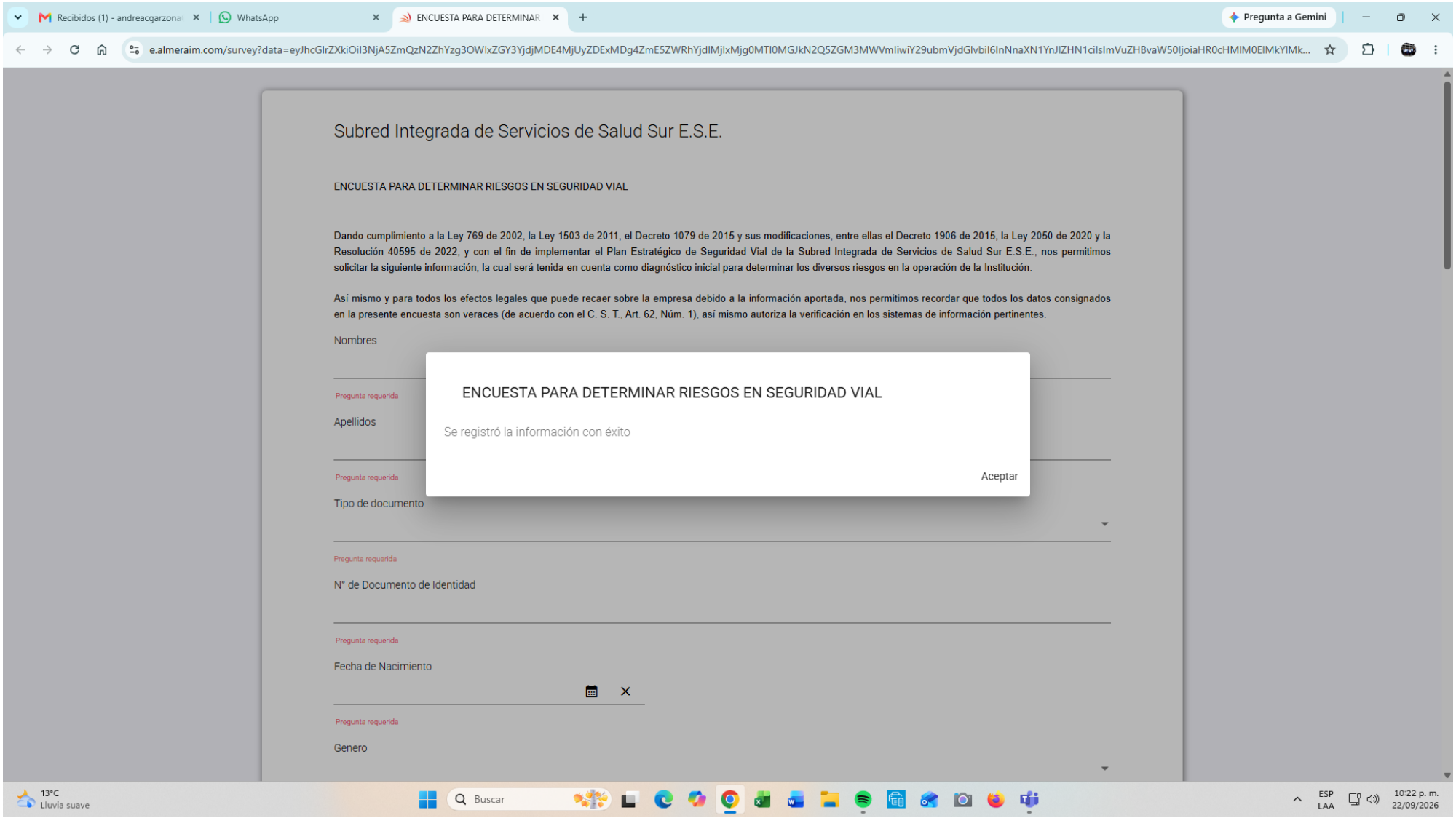
Documentos de ejecución del contrato

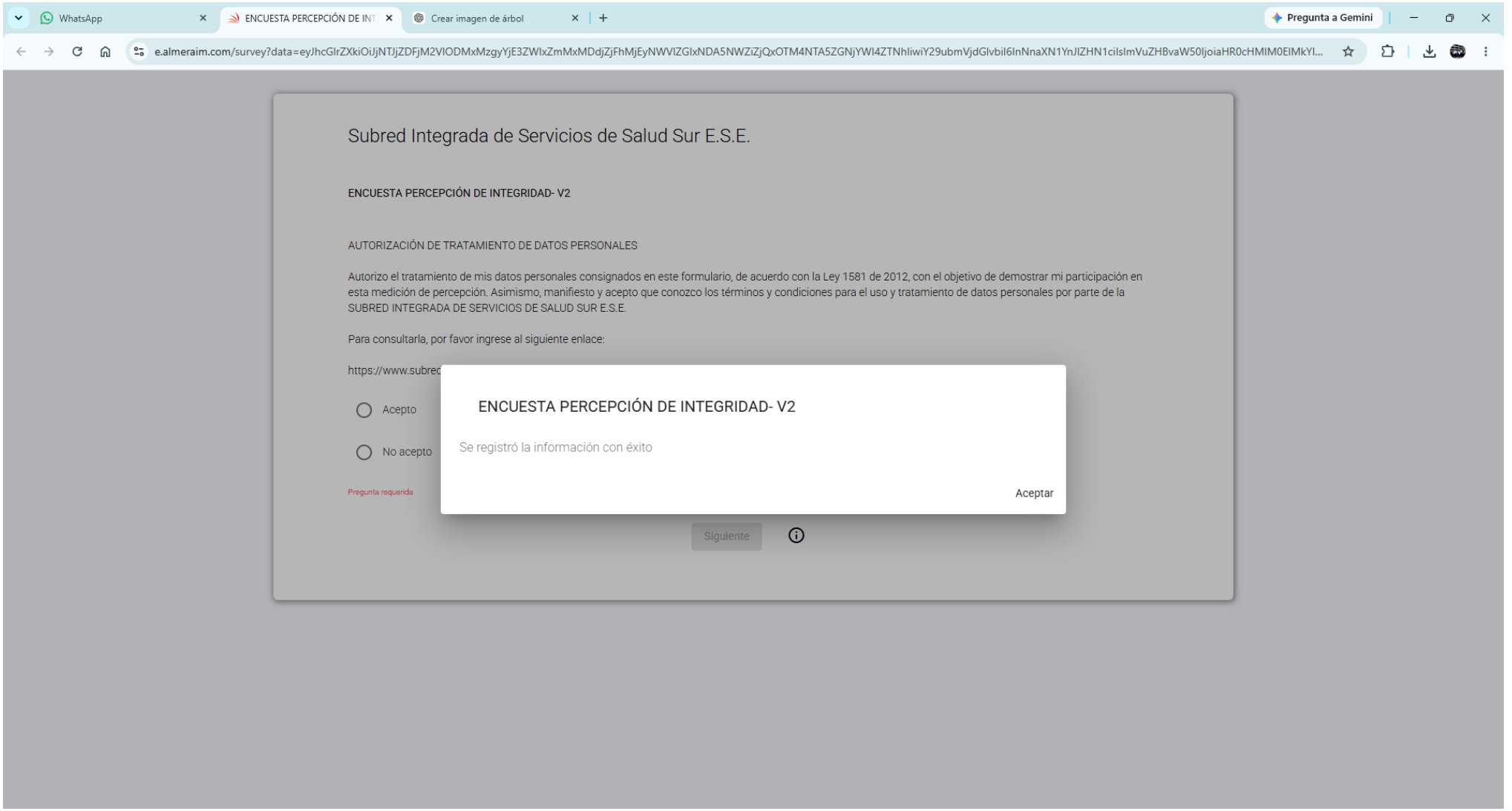
	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	DOC-CTO-7203-2025.zip	DOC-CTO-7203-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 5 PS 7203 2025.pdf	AD 5 PS 7203 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 4 PS 7203 2025.pdf	AD 4 PS 7203 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 7203 2025.pdf	AD 2 PS 7203 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 3 PS 7203 2025.pdf	AD 3 PS 7203 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL SURA - 53012658-CTO 7203-AGOSTO..pdf	ARL SURA - 53012658-CTO 7203-AGOSTO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Hoja de vida..zip	Hoja de vida..zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ARL SURA -53012658-CTO 7203.pdf	ARL SURA -53012658-CTO 7203.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO - 7203-2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	CTO - 7203-2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL CONTRATO N° 7203-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL CONTRATO N° 7203-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO - 7203-2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	CTO - 7203-2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO CONTRATO N° 7203-2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CONTRATO N° 7203-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ARL SURA - 53012658-CTO 7203-SEPTIEMBRE.pdf	ARL SURA - 53012658-CTO 7203-SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	LISTADOS TALLER SUBRED VACUNAS.xlsx (Archivado)	LISTADOS TALLER SUBRED VACUNAS.xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO - 7203-2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	CTO - 7203-2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO CONTRATO N° 7203-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO - 7203-2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025	1761177164 - Planilla Seguridad Social - 53012658-fusionado.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >


Recibidos (1) - andreacgarzona
WhatsApp
ENCUESTA PARA DETERMINAR
Pregunta a Gemini
e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI3NjA5ZmQzN2ZhYzg3OWIxZGY3YjdjMDE4MjUyZDExMDg4ZmE5ZWRhYjdlMjIxMjg0MTI0MGJkN2Q5ZGM3MWVmIiwiY29ubmVjdGlvbiI6InNnaXN1YnJlZHN1cilsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMlM0ElMkYlMk...
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL
Dando cumplimiento a la Ley 769 de 2002, la Ley 1503 de 2011, el Decreto 1079 de 2015 y sus modificaciones, entre ellas el Decreto 1906 de 2015, la Ley 2050 de 2020 y la Resolución 40595 de 2022, y con el fin de implementar el Plan Estratégico de Seguridad Vial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., nos permitimos solicitar la siguiente información, la cual será tenida en cuenta como diagnóstico inicial para determinar los diversos riesgos en la operación de la Institución.
Así mismo y para todos los efectos legales que puede recaer sobre la empresa debido a la información aportada, nos permitimos recordar que todos los datos consignados en la presente encuesta son veraces (de acuerdo con el C. S. T., Art. 62, Núm. 1), así mismo autoriza la verificación en los sistemas de información pertinentes.
Nombres
Pregunta requerida
Apellidos
Pregunta requerida
Tipo de documento
Pregunta requerida
N° de Documento de Identidad
Pregunta requerida
Fecha de Nacimiento
Pregunta requerida
Genero
ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL
Se registró la información con éxito
Aceptar
13°C
Lluvia suave
Buscar
ESP
LAA
10:22 p. m.
22/09/2026


WhatsApp
ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INT
Crear imagen de árbol
Pregunta a Gemini
e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGIrZXkiOiJjNTJjZDFjM2VlODMxMzgyYjE3ZWIxZmMxMDdjZjFhMjEyNWVlZGIxNDA5NWZiZjQxOTM4NTA5ZGNjYWI4ZTNhIiwiY29ubmVjdGlvbiI6InNnaXN1YnJlZHN1cilsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMlM0ElMkYl...
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
Autorizo el tratamiento de mis datos personales consignados en este formulario, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012, con el objetivo de demostrar mi participación en esta medición de percepción. Asimismo, manifiesto y acepto que conozco los términos y condiciones para el uso y tratamiento de datos personales por parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Para consultarla, por favor ingrese al siguiente enlace:
https://www.subred
Acepto
No acepto
Pregunta requerida
Siguiente
ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2
Se registró la información con éxito
Aceptar

m8ThBQ3CUY

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

ANDREA CATERINE GARZON ALARCON

53012658

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad horaria de 40 horas.

Para constancia se expide:

17 de septiembre de 2025

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

SMART SUR

BOGOTÁ

NW3F1Avb4O

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

ANDREA CATERINE GARZON ALARCON

53012658

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SISTEMA DE ADMINISTRACION SARLAFT

con una intensidad horaria de 40 horas.

Para constancia se expide:

septiembre 24, 2026

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

SMART SUR

BOGOTÁ

ARL

Medellin, 16 de septiembre de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **ANDREA CATERINE GARZON ALARCON** con documento de identidad **C53012658**, 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
2016-09-20	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	GESTION DEL RIESGO EN SALUD	0000000005	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA