SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DANIA GISEL GAMEZ ALARCON**			**CC:**	**1057547677**
CORREO ELECTRÓNICO:	**dgamezalarcon13@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3114948620**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 8 170 52**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550488433521090**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4640 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.198.448**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/08/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

DANIA GISEL GAMEZ ALARCON
PS_4640_2026_6DB219

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANIA GISEL GAMEZ ALARCON
CC: 1057547677
CEL: 3114948620

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DANIA GISEL GAMEZ ALARCON			
	CON C.C N°	**1.057.547.677**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL SOCIAL 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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4640 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/08/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.335.040	**No. HORAS EJECUTADAS**	**136**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.981.936	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.198.448
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

ITEM	**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	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 Realicé actividades de apropiación territorial, socialización de la estrategia, caracterización de necesidades, articulación institucional, gestión integral del riesgo y desarrollo de sesiones colectivas en el Colegio Técnico Jaime Pardo Leal. 1.2 Participé en reuniones de articulación, seguimiento de casos y espacios de coordinación con las áreas de Orientación e Inclusión de la institución educativa, de acuerdo con la programación establecida.
2	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 Participé en las capacitaciones, espacios de orientación y reuniones programadas para la apropiación conceptual y técnica del convenio Más Bienestar. 2.2 Realicé la revisión de las orientaciones y lineamientos técnicos y operativos requeridos para el desarrollo de las actividades.
3	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 Esta actividad no la realicé durante el periodo reportado, teniendo en cuenta que corresponde a la finalización del contrato.
4	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 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 Durante el periodo reportado se realizó el cumplimiento de la obligación relacionada con el pago de los aportes al sistema general de seguridad social, para lo cual se presentaron los documentos y soportes solicitados. 4.2 Se da cumplimiento mediante la presentación de los documentos solicitados.
5	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 Elaboré y desarrollé las fichas técnicas correspondientes a las sesiones colectivas programadas de acuerdo con las necesidades identificadas en la institución educativa. 5.2 Realicé sesiones colectivas sobre autocuidado, autoestima, autonomía, proyecto de vida, prevención del embarazo y prevención del consumo de SPA, de acuerdo con las necesidades identificadas y la programación institucional. 5.3 Elaboré las actas y soportes correspondientes a las actividades desarrolladas.
6	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 Realicé la identificación y articulación de casos priorizados en la institución educativa, de acuerdo con las situaciones reportadas por las áreas de Orientación e Inclusión. 6.2 Durante el periodo reportado se realizó cargue de casos en Drive y 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 Durante el periodo reportado no realicé los tamizajes relacionados en esta obligación, debido a que las actividades desarrolladas estuvieron principalmente orientadas a sesiones colectivas, articulación institucional y gestión integral del riesgo.
8	8. Realizar las canalizaciones y seguimiento de acuerdo con la necesidad y el riesgo identificado en las familias. 8.1 Realicé identificación y articulación de situaciones priorizadas en la institución educativa, de acuerdo con las necesidades identificadas y la información suministrada por las áreas de Orientación e Inclusión. 8.2 Realicé acciones de gestión integral del riesgo y seguimiento a los casos reportados, de acuerdo con las necesidades identificadas.

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 Durante el periodo reportado no se realizaron agendamientos en tiempo real a unidades resolutivas, debido a que las actividades desarrolladas estuvieron principalmente relacionadas con gestión del riesgo, articulación institucional y sesiones colectivas.
10	10. Realizar notificación de eventos de interés de salud pública de acuerdo con la necesidad. 10.1 Durante el periodo reportado no se realizaron notificaciones de eventos de interés en salud pública, al no presentarse situaciones que requirieran dicha acción.
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 Realicé gestiones relacionadas con el registro y cargué de información de las actividades colectivas en GTAPS. Durante el proceso se presentaron dificultades de acceso al aplicativo, por lo cual se realizó el reporte correspondiente al soporte técnico. 11.2 Se cuenta con los soportes de la gestión realizada frente a la dificultad de acceso.
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 Participé en reuniones administrativas, reuniones de articulación institucional, espacios de seguimiento de casos y actividades de capacitación relacionadas con el objeto contractual.12.2 Participé en espacios de socialización y articulación con las áreas de Orientación e Inclusión para la identificación y gestión de necesidades de los estudiantes. 12.3 Participé en las actividades administrativas y de gestión requeridas durante el periodo.
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 Realicé las actividades programadas durante el periodo, incluyendo sesiones colectivas, reuniones de articulación, seguimiento de casos, gestión integral del riesgo y actividades administrativas relacionadas con el desarrollo del objeto contractual. 13.2 Elaboré fichas técnicas, actas, registros y demás soportes correspondientes a las actividades desarrolladas.
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 Realicé la elaboración, revisión y organización de fichas técnicas, actas, registros y demás documentos derivados de las actividades desarrolladas. 14.2 Organicé los soportes correspondientes a las sesiones colectivas, reuniones, articulaciones y gestiones efectuadas durante el periodo.
15	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 Realicé la organización de la documentación y soportes requeridos para la presentación de la cuenta de cobro correspondiente al periodo. 15.2 Se cuenta con los soportes correspondientes.
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 FFDS-SDS y sus similes en la SISS. 16.1 Di cumplimiento a las orientaciones relacionadas con la protección y tratamiento de datos personales durante el desarrollo de las actividades y gestión de los casos abordados. 16.2 Mantuve la reserva y manejo adecuado de la información de estudiantes, familias y demás personas vinculadas a las actividades desarrolladas.
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 Durante el periodo reportado no se realizaron notificaciones relacionadas con los eventos señalados en esta obligación, al no presentarse situaciones que requirieran dicha acción.
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 Durante el periodo reportado cumplí con las orientaciones institucionales relacionadas con el respeto, trato digno y protección de las personas durante el desarrollo de las actividades contractuales. 18.2 Apliqué las orientaciones institucionales correspondientes durante el desarrollo de las actividades.
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 Di cumplimiento a las actividades asignadas durante el periodo, incluyendo sesiones colectivas, apropiación territorial, caracterización de necesidades, reuniones administrativas, articulación institucional, seguimiento de casos y gestión integral del riesgo. 19.2 Participé en reuniones y espacios administrativos y de articulación requeridos para el cumplimiento de las actividades programadas. 19.3 Cuento con las fichas técnicas, actas, registros de asistencia, soportes de reuniones, articulaciones y demás evidencias correspondientes.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 38404861	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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, 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	*DANIA GISEL GAMEZ ALARCON* *PS_4640_2026_6DB219* **DANIA GISEL GAMEZ ALARCON** **CC: 1057547677**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4640_2026_6DB219* **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_4640_2026_6DB219* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DANIA GISEL GAMEZ ALARCON identificado(a) con CC. 1057547677 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2025/07/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 14 días del mes de 10 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANIA GISEL GAMEZ ALARCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.057.547.677**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 04 de agosto de 2026

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

CERTIFICA:

Que DANIA GISEL GAMEZ ALARCON identificado(a) con cédula de ciudadanía 1057547677 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2026 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2026

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:
C12334890822621632024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 04/08/2026 8.53 AM

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DANIA GISEL GAMEZ ALARCON
IDENTIFICACIÓN:	CC-1057547677
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-10-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-10-20
FECHA DE PAGO:	2026-09-11
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-09
PERÍODO SALUD:	2026-09
NÚMERO PLANILLA:	38649654
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38649654
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/11/2026

A

atecliente@asopagos.com
Para Tú

9 de sept

Estimado Cliente:

La transacci﷿n que realizo en la fecha 2026-09-09 09:12:14 fue APROBADA

DETALLES DEL PAGO
Tipo De Documento: CC
N﷿mero De Documento: 1057547677
IP: 191.102.117.195
Valor: $541.800
Banco: NEQUI
N﷿mero de CUS: 639271654
N﷿mero de Planilla: 38404861.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

La informacion contenida en este mensaje puede contener informacion confidencial, protegida legalmente o de propiedad de la Empresa JAIME TORRES C y CIA S.A. La informacion debe ser recibida por un destinatario o entidad especifica o para otras personas autorizadas para recibirla, cualquier opinion expresada en este mensaje pertenece unicamente al autor remitente, y no representa necesariamente la opinion de JAIME TORRES C y CIA S.A. Si usted no es el destinatario de esta informacion, pero por error la recibe, por favor borre inmediatamente el correo

Responder

en papel que se tenga de la información y notifique de tal