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:	**LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS**			**CC:**	**1030549113**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JHON823FER@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3209513123**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49F BIS SUR 11D 30**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4662044361**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4780 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 267.360**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/08/20**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/21 AL 2026/08/31**				

LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS
PS_4780_2026_517819

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS
CC: 1030549113
CEL: 3209513123

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			
LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS			
	CON C.C N°	**1.030.549.113**	
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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4780 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/08/20**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.434.832	**No. HORAS EJECUTADAS**	**16**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.223.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 267.360
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.OBLIGACION: ORIENTAR A LOS USUARIOS DERIVADOS DESDE LA LÍNEA 137 SOBRE LA RUTA DE ATENCIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON SU NECESIDAD EN SALUD Y EL NIVEL DE PRIORIDAD IDENTIFICADO. 1.1 ACTIVIDAD: ORIENTE Y REALICE ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE TRIAGE IV Y V DIRECCIONADOS POR EL JEFE DE TRIAGE EN URGENCIAS ADULTO SOBRE LA RUTA DE ATENCION DE LA LINEA 137. 1.2 EVIDENCIA: REGISTRE INFORMACION EN EL APLICATIVO GTAPS Y REALICE EL ACTA CORRESPONDIENTE A LAS ACCIONES DESARROLLADAS DURANTE EL TURNO.
2	2. OBLIGACION: EDUCAR AL CIUDADANO SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CONSULTA PRIORITARIA, CONSULTA EXTERNA Y CANALES DE ORIENTACIÓN DISPONIBLES. 2.1 ACTIVIDAD: EDUQUE AL CIUDADANO EN LA IMPORTACIA DE CONOCER EL ADECUADO USO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CONSULTA PRIORITARIA, CONSULTA EXTERNA Y CANALES DE ORIENTACIÓN DISPONIBLES, SOCIALIZANDO LOS RIESGOS Y SIGNOS DE ALARMA; SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE TRIAGE. 2.2 EVIDENCIA: REGISTRE EN FORMATO DE ACTA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE LAS ACCIONES EDUCATIVAS BRINDADAS A LOS USUARIOS, TENIENDO EN CUENTA EL DIRECCIONAMIENTO DE LA LINEA 137
3	3. OBLIGACION: VERIFICAR CON LA IPS LA ASIGNACIÓN Y ATENCIÓN EFECTIVA DEL USUARIO, CONFIRMANDO OPORTUNIDAD, MODALIDAD DE ATENCIÓN, LUGAR, FECHA Y HORA DE LA CITA O SERVICIO ASIGNADO. 3.1 ACTIVIDAD: REALICE ACOMPAÑAMIENTO EN LA ASIGNACION DE CITAS PRIORITARIAS EN CONTACTO CON LA EAPB DE LOS USUARIOS QUIENES REALIZARON EL CONTACTO CON LA LINEA 137. 3.2 EVIDENCIA: REALICE REGISTRO EN APLICATIVO GTAPS Y ACTA DE LAS ACCIONES REALIZADAS DURANTE EN TURNO Y EL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO CON LOS USUARIOS.
4	4. OBLIGACION: VERIFICAR LA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y PROMOVER LA PUBLICIDAD INSTITUCIONAL DE LA LÍNEA 137 EN LAS IPS, ASEGURANDO QUE LA INFORMACIÓN SEA VISIBLE, CLARA Y ACTUALIZADA; ASÍ MISMO, NOTIFICAR LAS NOVEDADES RELACIONADAS CON AGENDAMIENTOS LEJANOS O FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN POR PARTE DE LA EAPB. 4.1 ACTIVIDAD: VERIFIQUE CON EL JEFE DE TRIAGE LOS CIUDADANOS ENVIADOS PARA LA LINEA 137, REALIZANDO DIVULGACION DE LA LINEA, REPORTE DE BARRERAS DE ACCESO DE LA EAPB Y VERIFIQUE QUE EL PENDON DE LA PUBLICIDAD DE LA LINEA 137 SEA VISIBLE. 4.2 EVIDENCIA: REGISTRE EN ACTA LAS ALERTAS INSTITUCIONALES GENERADAS POR AGENDAMIENTOS AL TERMINAR EL TURNO, EL NÚMERO DE CIUDADANOS ATENDIDOS CON TRIAGE IV Y V, CITAS ASIGNADAS Y SEGUIMIENTOS PENDIENTES.
5	5. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. 5.1. ACTIVIDAD: APLIQUE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES PARA LOS PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. 5.2 EVIDENCIA: ENTREGUE SOPORTES DE ACTAS DE LA GESTIÓN REALIZADA DE LAS DIFERENTES ACCIONE REALIZADAS DURANTE EL TURNO.
	6. OBLIGACIÓN: MANTENER TRATO HUMANIZADO, RESPETUOSO Y DIGNO HACIA EL PACIENTE Y SUS ACOMPAÑANTES DURANTE TODO EL PROCESO. 6.1 ACTIVIDAD: REALICE UN TRATO HUMANIZADO Y RESPETUOSO CON EL CIUDADANO Y SU ACOMPAÑANTE EN LA GESTIÓN DE SU CITA MÉDICA.

6	6.2 EVIDENCIA: REGISTRE EN ACTA LA GESTIÓN DE SEGUIMIENTO CON EL USUARIO, POSTERIOR A DEVOLUCIÓN DE LLAMADA PARA CONFIRMAR CITA ASIGNADA.
7	7. OBLIGACIÓN: Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS QUE LE SEAN ASIGNADAS, RELACIONADAS CON LA NATURALEZA DEL OBJETO CONTRACTUAL Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO. 7.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y SOLICITADAS POR LA SDS, LA SUBRED CENTRO ORIENTE Y LAS DIFERENTES DINÁMICAS, CONTINGENCIAS Y ROTACIÓN DE LA ASIGNACIÓN A LOS DIFERENTES PUNTOS DE URGENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE EMBH 7.2 EVIDENCIA: REALICE DIARIAMENTE EL INGRESO, SALIDA DIARIA DEL SERVICIO ASIGNACIÓN, REGISTRO DE LA INFORMACIÓN EN APLICATIVO GTAPS, ACTAS Y FORMULARIOS SOLICITADO POR LOS REFERENTES Y LÍDERES.

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 (2026-08-21) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, 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	*LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS* *PS_4780_2026_517819* **LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS** **CC: 1030549113**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4780_2026_517819* **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_4780_2026_517819* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

BOGOTA, Septiembre 14 de 2026

Señora:

RODRIGUEZ ROJAS LUISA FERNANDA

CC. 1030549113CL 49 F BISSUR 11D30 - 3227394

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 15 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
RODRIGUEZ ROJAS LUISA FERNANDA	1030549113	C	May-15-2024	38	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PINZON RODRIGUEZ JHON ALEJANDRO	1023988684	R	May-15-2024	38	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
CLINICA MEDICAL S A S	1030549113	Dependiente	CERRADO
HEALTH SUPPORTH AR SAS	1030549113	Dependiente	CERRADO
LOGISTICA GLOBAL SERVICE SAS	1030549113	Dependiente	CERRADO
LOGISTICS L G SAS	1030549113	Dependiente	CERRADO
LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS	1030549113	Independiente	CERRADO
LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS	1030549113	Independiente	VIGENTE
LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS	1030549113	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS	1030549113	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS	1030549113	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS	1030549113	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total 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. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

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, 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, 19 de agosto de 2026

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

CERTIFICA:

Que LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030549113 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 19/08/2026 **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:
C12334890822623132979

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: 19/08/2026 9.09 AM

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:

LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.549.113**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre 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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141251137140

(415)7707212489984(8020) **000014125113714 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 5 4 9 1 1 3	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	1 0 3 0 5 4 9 1 1 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	ROJAS	LUISA	FERNANDA

35. Razón social

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: CL 49 F BIS SUR 11 D 30

42. Correo electrónico: jhon823fer@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 2 2 7 3 9 3 7 3 0	3 2 0 9 5 1 3 1 2 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 5 0 7 0 8	8 2 9 9	2 0 2 5 0 2 2 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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 2026-05-12 / 10:32:42AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RODRIGUEZ ROJAS LUISA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

LUISA218 RODR1GUEZ

C.C. 1030549113

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 27 de junio de 2025

Ofelia Guevara Gómez
C.C. 51.609.213
Director Operativo Gestión de Talento Humano

0937592385LR

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
Secretaría de Salud
Bogotá