



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

|                                               |                               |              |                   |                      |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|--------------|-------------------|----------------------|
| Periodo a Certificar:                         | Desde:                        | 01-abr-21    | Hasta:            | 30-abr-21            |
| Nombre del Contratista:                       | Vanessa Camargo Camargo       | Cédula:      | 1030673922        |                      |
| Correo Electrónico:                           | vanessa96camargo@gmail.com    | Teléfono(s): | 3134756505        |                      |
| Nombre del Supervisor - Planta:               | WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ | Cargo:       | COORDINADOR PSPIC | Código-Grado: 243-20 |
| Nombre del Supervisor - Contratista:          |                               | Perfil:      |                   | No. CTO:             |
| Apoyo técnico a la supervisión - Planta:      |                               | Cargo:       |                   | Código-Grado:        |
| Apoyo técnico a la supervisión - Contratista: | JEISON RODRIGO PARRA TRIANA   | Perfil:      | LIDER DE PROCESO  | No. CTO: 4826        |

DATOS DEL CONTRATO

|                               |                                     |               |      |                          |      |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|--------------------------|------|
| NO CONTRATO:                  | 004464                              | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL: | 1798 |
| PERFIL:                       | GESTORA COMUNITARIA                 |               |      |                          |      |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION DE GESTIÓN DEL RIESGO     |               |      |                          |      |
| UNIDAD DE SERVICIOS:          | SALUD PUBLICA - ENTORNO COMUNITARIO |               |      |                          |      |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS                                                                          | UNIDAD        | CENTRO DE COSTOS                                                             | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL        | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|------------|--------------|---------------------------------|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS                                                          | Ocultar       |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                                                    |               |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                                                    |               |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| DIRECCION DE URGENCIAS                                                             | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS                                                         | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI PEDIATRICA                                                                     | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI NEONATAL                                                                       | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI ADULTOS                                                                        | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS                                                          | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| CONVENIO APH                                                                       | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| SIRC                                                                               |               |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| RURALIDAD                                                                          | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| GESTION DEL RIESGO                                                                 | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| SALUD PUBLICA PIC                                                                  | Ocultar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| PIC ESPACIO PUBLICO SALUD PUBLICA                                                  | SALUD PUBLICA | K30PI                                                                        |                     |                        |            | \$ 1.488.258 | 100,00%                         |
|                                                                                    |               |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                                                    |               |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| HONORARIOS                                                                         | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| REMUNERACION                                                                       | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                       | \$ 1.488.258  | UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS |                     |                        |            |              |                                 |

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO |              | 30/03/2021        |             |               |     | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL |                     | 30/04/2021    |  |
|-----------------------|--------------|-------------------|-------------|---------------|-----|------------------------------------|---------------------|---------------|--|
| No. PRORROGA          | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO    | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 1                                  |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 2                                  |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 3                                  |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 4                                  | Abril               | \$ 1.488.258  |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 5                                  |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 6                                  |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 7                                  |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 8                                  |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 9                                  |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 10                                 |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 11                                 |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 12                                 |                     |               |  |
|                       |              |                   |             |               |     | 13                                 |                     |               |  |

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 1.488.258

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 1.488.258

PAGOS REALIZADOS

\$ 1.488.258

SALDO DEL CONTRATO

\$ -

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) |                                                                                                                                                          |  |  |  |  | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION                                                                                                        |  | PRODUCTO O EVIDENCIA                                 |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|
| 1                                                         | Implementar los procesos asignados con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Col |  |  |  |  | Coordinar grupos de gestores y líderes de familias con discapacidad, con el fin de identificar cuidadores personas con discapacidad para la red de cuidado de RBC                 |  | Base de datos y actas                                |
| 2                                                         | Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades.                              |  |  |  |  | Se realizaron recorridos de concertación y de enganche, 1 encuentro interlocal virtual de actores diferenciales, 38 visitas domiciliarias, 4 actividades de grupo de gestores dde |  | Cronograma de actividades, base drive                |
| 3                                                         | Verificar productos teniendo en cuenta las características de calidad, oportunidad y veracidad e informes según las indicaciones técnicas impartidas     |  |  |  |  | Mantener confidencialidad y credibilidad en los diferentes envíos correspondientes                                                                                                |  | Base de datos y actas                                |
| 4                                                         | Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad                                    |  |  |  |  | Realización de canalizaciones, según las necesidades de la población abordada.                                                                                                    |  | Formato Base de datos                                |
| 5                                                         | Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.                                       |  |  |  |  | Informar y dar a conocer falencia y/o dificultades que interfieran en el trabajo continuo, por medio del profesional de equipo y/o líder                                          |  | Diligenciamiento de formato SDS con calidad del dato |
| 6                                                         | Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización.                                                                 |  |  |  |  | Realizar búsqueda activa de población y canalización a servicios de plan ampliado dde inmunización                                                                                |  | Acta                                                 |

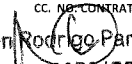
|                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|----------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |                                                                                                                                                                                                                         | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E                                                                                                                        |  |                 |                                                                |
| INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                        |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                         |  | CO-OPS-FT-11 V6 |                                                                |
| 7                                                                                                                 | Asistir a procesos de fortalecimiento técnico para el desarrollo adecuado y con calidad de los procesos en salud pública.                                                                                               | Participación activa en los procesos de fortalecimientos técnicos a la capacidad y reuniones de equipo de forma virtual.                                                |  |                 | Formatos de Seguimiento de la SDS y reporte diario de COVID 19 |
| 8                                                                                                                 | Búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación. | participación de seguimiento diario por el profesional de apollo por medio de whatsapp o llama telefonica ( 20 llamadas) verificación de datos en el formato de asistir |  |                 | Acta, reporte diario, listados de asistencia                   |
| 9                                                                                                                 | Búsqueda activa de población con necesidades en salud física y ambiental.                                                                                                                                               | En el respecto desarrollo de actividades hacer búsqueda y canalización a personas pendientes en esquema de vacunación, promoviendo la salud y prevención de             |  |                 | Formatos de Canalización digitales                             |
| 10                                                                                                                | Y demás actividades de acuerdo a su perfil                                                                                                                                                                              | Actividades inherentes al objeto del contrato que le sean asignadas por los supervisores del mismo de acuerdo a las necesidades del servicio y en la unidad             |  |                 | Listado de asistencia, actas de reunión o lo requerido.        |
| 11                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                |
| 12                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                |
| 13                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                |
| 14                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                |
| 15                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                |

| INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                 |     |                                       |     |                            |                                                                                         |
|------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------|-----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL                        |     | FECHA DE PAGO                         |     | NUMERO DE PLANILLA         | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR                                              |
| AÑO                                                  | MES | AÑO                                   | MES | DIA                        |                                                                                         |
|                                                      |     |                                       |     |                            |                                                                                         |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS |     |                                       |     | PESOS                      |                                                                                         |
| ÍTEM                                                 |     | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL |     | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
| PENSIONADO                                           | NO  |                                       |     |                            |                                                                                         |
| SALUD                                                |     | compensar                             |     |                            |                                                                                         |
| ARL                                                  | 3   | sura                                  |     | \$ 908.526                 |                                                                                         |
| CAJA DE COMPENSACION                                 | NO  | porvenir                              |     |                            | \$ -                                                                                    |

| INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO |                  |             |         |                        |
|---------------------------|------------------|-------------|---------|------------------------|
| ENTIDAD BANCARIA:         | BANCOLOMBIA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA 69800000508 |

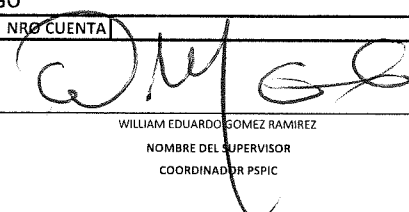


Vanessa Camargo Camargo  
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA  
1.030.673.922



Jeisson Rodrigo Parra Triana  
CC. N° CONTRATISTA  
1.030.673.922

Referencia Pública  
LIDER DE PROCESO



WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ  
NOMBRE DEL SUPERVISOR  
COORDINADOR PSPIC

2021-02-12

|                                                                                                                 |                                                                                                                                   |  |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.<br>NIT 900.958.564-9<br>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL |  | CO-OPS-FT-04 V4 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO: | 4464-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| CONTRATANTE:        | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| CONTRATISTA:        | CAMARGO CAMARGO VANNESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| IDENTIFICACIÓN:     | 1.030.673.922                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| OBJETO:             | PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO A LA GESTION PARA EL ENTORNO COMUNITARIO EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. 2353360-2021 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.<br>El convenio PSPIC No.2353360-2021 con objeto de "Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para realizar actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital y de gestión de la salud pública, en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan territorial en salud, de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población en la ciudad, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y ambiental". |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | 32 DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II Y HASTA 30 DE ABRIL DE 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| VALOR:              | UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS (\$1.488.258) M/CTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| MODALIDAD:          | CONTRATACIÓN DIRECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| SUCRIPCIÓN:         | El presente contrato se celebra a través de la Plataforma Secop II - <a href="https://community.secop.gov.co/STS/Users/Login/Index?SkinName=CCE">https://community.secop.gov.co/STS/Users/Login/Index?SkinName=CCE</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Entre los suscritos a saber, de una parte, **REYES MURILLO HIGUERA**, identificado cédula de ciudadanía número 19.412.289, mayor de edad, SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur - E.S.E., en calidad de Ordenador del Gasto delegado mediante la Resolución 0581 del 28 de Abril de 2020, quien en adelante se denominará **LA SUBRED SUR - E.S.E.** y por la otra **CAMARGO CAMARGO VANNESA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía 1.030.673.922, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios GESTOR COMUNITARIO, previas las siguientes consideraciones: 1. Que, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula el derecho fundamental a la salud y dispone en el artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como uno de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho. 2. Que, el Artículo 194 de la Ley 100 de 1993, dispone que la "Prestación de los servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos". 3. Que, el Artículo 195 de la precitada Ley 100 de 1993, establece el régimen jurídico de las Empresas Sociales de Salud: "En materia se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública". 4. Que, el Artículo 3 de la Ley 80 de 1993 dispone: que: "...Los servidores públicos tendrán en consideración que al celebrar los contratos y con la ejecución de los mismos, las entidades buscan el cumplimiento de los fines estatales, la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados que colaboran con ellas en la consecución de dichos fines. Los particulares por su parte, tendrán en cuenta al celebrar y ejecutar contratos con las entidades estatales que, colaboran con ellas en el logro de sus fines y cumplen una función social que, como tal, implica obligaciones". En concordancia el párrafo 2 del Artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, establece que en: "...El procedimiento aplicable para la ejecución de cada una de las modalidades de contratación, deberá observarse los principios de transparencia, economía y responsabilidad." 5. Que, el Artículo 32, numeral 3 del Estatuto de Contratación de la Administración Pública, (Ley 80 de 1993), define como Contratos de Prestación de Servicios: "... los que se celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos solo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados. En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable". Así mismo, el Artículo 2 literal h numeral 4, de la Ley 1150 de 2007, establece como una modalidad de contratación directa, los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo de gestión. 6. Que, el Artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, dispone: "Las entidades estatales que por disposición legal cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicarán en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, respectivamente según sea el caso y estarán sometidas al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto legalmente para la contratación estatal". 7. Que, mediante el Acuerdo No. 641 de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C., se efectuó la reorganización del Sector Salud en el Distrito Capital, definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual se determinó la fusión de algunas entidades adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., fusionando las Empresas Sociales del Estado de Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., prestadora de servicios integrales de salud multinivel, en articulación con las Subredes de Salud Norte, Centro Oriente y Sur occidente, en la Red Integrada de Servicios de Salud Distrital<sup>122</sup>. 8. Que, conforme lo establece el precitado Acuerdo, la Empresa Social del Estado producto de la fusión debe prestar servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad, adelantando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual y colectivo que le brinden al usuario una atención integral, para lo cual se deberá fortalecer las acciones de autocuidado y mutuo cuidado y las acciones intersectoriales que fomenten acciones individuales y colectivas para incentivar estilos de vida saludable. Igualmente se deberá desarrollar una central de urgencias de conformidad con las necesidades de la población, la demanda de servicios y la accesibilidad geográfica y articularse en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. 9. Que, la Resolución 5185 del 2013, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, fija los lineamientos generales para que las Empresas Sociales del Estado, adopten el Estatuto de Contratación que regirá la actividad de la Empresa Social del Estado en el sistema de compras y contratación, estableciendo que el régimen de contratación de las Empresas Sociales del Estado es de régimen privado, de conformidad con el mandato del artículo 194, numeral 6 de la Ley 100 de 1993, aplicando en desarrollo de su actividad contractual los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, y al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto legalmente para la contratación estatal; de otra parte, dispone que el desarrollo de la actividad contractual, se sujetará a los principios de las actuaciones y procedimientos administrativos contenidos en la Ley 1437 de 2011, como: debido proceso, igualdad, imparcialidad, buena fe, moralidad, participación, responsabilidad, transparencia, publicidad, coordinación, eficacia, eficiencia, economía, celeridad y planeación. 10. Que, mediante Acuerdo 27 de 2017, se modificó el Acuerdo 009 de 2017 y se adoptó el Estatuto de contratación de la **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, estableciendo la capacidad para contratar de las personas consideradas como tales por las disposiciones legales, el límite para contratar, las modalidades y mecanismos de selección, el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, conflicto de interés, determinando que los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión se celebrarán directamente. 11. Que, los Estatutos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., adoptados mediante Acuerdo No. 020 de 2018 por la Junta Directiva, establecen que su naturaleza jurídica, es una categoría especial de entidad pública, descentralizada, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., para todos los efectos legales su denominación será SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR - E.S.E. 12. Que, el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.<sup>123</sup>, contempla la modalidad de selección a través de contratación directa, incorporando dentro de ésta, los contratos de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión. 13. Que, **LA SUBRED SUR E.S.E.**, Celebró el Convenio Interadministrativo No.2353360-2021, suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur -ESE, cuyo objeto consiste en "Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para realizar actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital y de gestión de la salud pública, en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan territorial en salud, de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población en la ciudad, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y ambiental", razón por la cual la dependencia que requiere la necesidad de contratar persona natural, presentó a la Dirección de Contratación Estudio de Necesidad - Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y/o Apoyo a la Gestión. 14. Que, la Dirección de Gestión de Talento Humano de **LA SUBRED SUR - E.S.E.**<sup>123</sup>, certificó que no cuenta con el personal de planta suficiente que desarrolle actividades iguales o relacionadas para el desarrollo del objeto a contratar. 15. Que, **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, realizó búsqueda del Talento Humano, en la plataforma "TALENTO NO PALANCA", convocatoria a través de Redes Sociales, Página Web de la Entidad y banco de hojas de vida de la E.S.E. 16. Que, **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, acorde con la necesidad, encontró que el ofrecimiento de servicios presentado es acorde con la necesidad a satisfacer; así mismo, existen soportes de idoneidad y capacidad para ejecutar el contrato, acorde con los documentos que sustentan su hoja de vida. 17. Que, conforme a lo anterior, las partes acuerdan suscribir el presente contrato de prestación de servicios, que se regirá por las siguientes **CLÁUSULAS: PRIMERA. - OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO A LA GESTION PARA EL ENTORNO COMUNITARIO EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. 2353360-2021 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. **SEGUNDA. - VALOR DEL CONTRATO:** El valor del contrato es por la suma de UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS (\$1.488.258) M/CTE., por concepto de honorarios. **TERCERA. - FORMA DE PAGO:** LA SUBRED SUR - E.S.E., pagará a EL CONTRATISTA, el valor del contrato por concepto de honorarios, en mensualidades vencidas, y certificadas por el Supervisor del Contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO. - INFORME DE ACTIVIDADES:** Para cada pago, EL CONTRATISTA presentará a través de la Plataforma Transaccional Secop II, informe mensual de ejecución de actividades, firmado por el Supervisor y EL CONTRATISTA, junto con la planilla de pago de los aportes de Sistema de Seguridad Social Integral: Salud, Pensión, Riesgos Laborales, en el porcentaje establecido por la Ley. **PARÁGRAFO SEGUNDO. - PAGO:** LA SUBRED SUR - E.S.E., pagará a EL CONTRATISTA el valor de los honorarios dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente. En todo caso, siempre y cuando presente los documentos descritos en el párrafo segundo del presente artículo. **PARÁGRAFO TERCERO. - EL CONTRATISTA** presentará factura electrónica cuando así lo exijan normas vigentes. **PARÁGRAFO CUARTO. - RETENCIÓN.** LA SUBRED SUR - E.S.E., hará las retenciones a que haya lugar sobre cada pago, conforme con las disposiciones legales vigentes. **PARÁGRAFO QUINTO. - ULTIMO PAGO.** Para el

<sup>121</sup> Inciso N 6

<sup>122</sup> Párrafo Artículo 2

<sup>123</sup> En cumplimiento a lo preceptuado en el Artículo 9.2.4. del Acuerdo 27 de 2017, Estatuto de la Contratación de la Subred Sur,



|                                                                                                                           |                                                                                                                        |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</p> | <p align="center"><b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.</b></p> <p align="center">NIT 900.958.564-9</p> |                                              |
|                                                                                                                           | <p align="center"><b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL</b></p>                                   | <p align="center"><b>CO-OPS-FT-04 V4</b></p> |

último pago, **EL CONTRATISTA** presentará al Supervisor del contrato informe final de ejecución de actividades; Paz y Salvo en formato institucional completamente diligenciado y firmado por las Dependencias correspondientes, junto con la planilla de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral. **CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El presente contrato se encuentra amparado presupuestalmente por Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 858 del 29 de marzo de 2021, código CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES 42-15-02-090-401, para la vigencia presupuestal 2021. **QUINTA: EL CONTRATISTA** conoce y acepta el valor de los honorarios pactado en la cláusula segunda del presente contrato. **SEXTA.- PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del presente contrato es de 32 DIAS calendario contados a partir de la fecha del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento. **SEPTIMA.- OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE EL CONTRATISTA:** 1. Seguimiento: 1 seguimiento individual y 1 seguimiento familiar para el fortalecimiento de la red vincular (individual o colectivo), según las necesidades evidenciadas en la valoración inicial del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, la valoración de red familiar y el plan de trabajo interdisciplinario. 2. Realizar el seguimiento a la adherencia y continuidad en los procesos de abordaje desde la prevención indicada en el Espacio Público/Entorno Comunitario para los casos abordados a través de los Servicios de Acogida en Jóvenes de los meses de noviembre y diciembre de 2020 y enero y febrero de 2021, marzo y abril de los Servicios de Acogida Juveniles, VESPA y los casos canalizados desde la Línea 192 del Ministerio de Salud y la Protección Social. 3. Estar presente en el territorio de vida cotidiana en el cual se da las situaciones críticas y emergentes para el caso del acondicionamiento físico y la salud mental. 4. Realizar interconexión entre actores en conflicto en la cual el mediador tiene como finalidad la flexibilización de las posiciones y la construcción de espacios mentales. 5. Acompañar al entrelajado de tres factores: la búsqueda de los recursos (necesarios para responder a la demanda), la formación (de los actores del centro de escucha con orientación en salud mental o física), el acompañamiento de la persona a los servicios. 6. Realizar actividades de enganche a través de recorridos de calle en diferentes puntos de las subredes en el espacio público) para el desarrollo de los Puntos de Intervención Integral. 7. Realizar Cronograma mensual del profesional subido en el drive del entorno comunitario y actualizado y actas de articulación con el equipo de caracterización en COVID-19. **OCTAVA.- OBLIGACIONES GENERALES DE EL CONTRATISTA:** **EL CONTRATISTA** en desarrollo del presente contrato, tendrá además de las obligaciones contenidas en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y las Leyes Ordinarias 100 de 1993 (numeral 6, artículo 195), 80 de 1993, 1150 de 2007 y demás normas concordantes, las siguientes: 1) Cumplir con el objeto del contrato, en coordinación con el Supervisor de éste y acorde con las necesidades de la **LA SUBRED SUR - E.S.E.** 2) Ejecutar las obligaciones específicas acorde con los Protocolos, Guías, Lineamientos, Manuales que regulan su perfil. 3) Incluir dentro de los documentos, en el punto 4 DOCUMENTOS DEL PROVEEDOR de la Plataforma Secop II al momento de la aceptación del contrato, la garantía de Responsabilidad Civil Profesional (cuando sea del caso), la cual deberá mantener vigente durante el plazo de la ejecución del contrato. 4) Incluir dentro de los documentos, en el punto 4 DOCUMENTOS DEL PROVEEDOR de la Plataforma Secop II al momento de la aceptación del contrato, certificación de cuenta bancaria la cual debe contener la siguiente información: Nombre y apellidos, documento de identidad, constancia que **EL CONTRATISTA** es el Titular, número de cuenta, en papel membreado del Banco Emisor. 5) Cumplir con las actividades inherentes al objeto contractual, para el mejoramiento de la calidad y aquellas incluidas dentro de los Planes de Mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS), así como con los planes que se formulen en el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión, Guías, Protocolos, Procedimientos, y MIPG. Código de Integridad de **LA SUBRED SUR - E.S.E.** 6) Apoyar la atención de auditorías de los entes de control, presentando la información y/o soportes requerida, que correspondan al objeto del contrato. 7) Brindar atención humana, eficaz, cálida tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio, acorde con las obligaciones contractuales. 8) Asistir a Inducción y/o re-inducción, programada por **LA SUBRED SUR - E.S.E.** y por las entidades autorizadas por ésta, con el fin de contribuir al desarrollo de las obligaciones contractuales. 9) Mantener la confidencialidad, reserva de la información, preservar integralmente los sistemas, las tecnologías de la información y comunicaciones que **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, proporcione a **EL CONTRATISTA**, para la ejecución del contrato, de conformidad a la normatividad vigente, en particular, Artículo 24 de la Ley Estatutaria 1755 de 2015, Leyes 1273 de 2009, 1581 de 2013, Resoluciones No. 1995 de 1999, 839 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas concordantes. 10) Responder por las glosas cuando se causen por razones imputables a **EL CONTRATISTA**, en los eventos que corresponda. 11) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, propendiendo por el cuidado personal durante la prestación del servicio, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 723 de 2013 y demás normas que la modifique, sustituya o adicione, utilizando en debida forma los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada; e informar la ocurrencia de algún siniestro (accidente) durante la ejecución de las actividades del objeto contractual, así como el autocuidado de su salud, cumpliendo con las y normas y recomendaciones COVID-19. 12) Hacer uso racional, eficiente de los recursos hídricos, energéticos puestos a disposición **EL CONTRATISTA**, contribuir con la gestión de residuos, gestión ambiental, promover hábitos que coadyuven a proteger el medio ambiente, evitar la contaminación, sobre explotación de recursos, cumplir con las normas legales de protección ambiental vigentes en Colombia, así como con las políticas internas de **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, relacionadas con protección del medio ambiente, los recursos naturales, contribuir con el reciclaje, a través del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA). 13) Responder por la custodia, administración, mantenimiento, aseguramiento y manejo de bienes que **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, entregue a **EL CONTRATISTA** para la ejecución del contrato, en caso de pérdida de elementos, durante, después de la ejecución contractual, de conformidad con lo establecido en el Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el manejo y control de los bienes en las Entidades de Gobierno Distritales, adoptado mediante la Resolución DDC-000001 del 30 de siembre de 2019, por Secretaría Distrital de Hacienda. 14) Cargar los documentos del contrato, informe de actividades contractuales<sup>124</sup>, planilla del pago de Aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) a la Plataforma Transaccional SECOP II, acorde con los lineamientos y guías de la Agencia Nacional para la Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente. 15) Reportar al Supervisor dentro de los tres (3) días siguientes a su causación, novedad de incapacidad o circunstancia de fuerza mayor que impida atender las obligaciones contractuales. 16) Ingresar con el usuario y contraseña a la Plataforma Transaccional Secop II, para Aceptar o rechazar (firmar) modificación, adición o prórroga del contrato. 17) Mantener actualizada la Hoja de Vida de la Función Pública, declaración de bienes y rentas y demás documentos del contrato según lista de chequeo. 18) Presentar al Supervisor del Contrato, al finalizar el plazo de ejecución del contrato, informe final respecto al cumplimiento del objeto, con los correspondientes soportes en medio físico y/o magnético, junto con documento (Acta) donde se acredite la entrega de los elementos que le hayan sido entregados para la ejecución del Contrato. 19) Realizar notificación de eventos de interés en salud pública implementando los protocolos que correspondan de acuerdo a competencia, cuando el objeto del contrato corresponda a actividades asistenciales. 20) Las demás necesarias e inherentes acorde con la naturaleza del contrato. **NOVENA: OBLIGACIONES DE LA SUBRED SUR - E.S.E.** Hacer seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico de la ejecución del contrato a través del Supervisor asignado para el efecto. 2. Pagar el valor del contrato en la forma establecida en la cláusula FORMA DE PAGO. 3. Exigir a través del Supervisor del Contrato los comprobantes de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Pension y Riesgos Laborales. 4. Asumir el valor de la cotización al Sistema de Riesgos Laborales, cuando la afiliación de **EL CONTRATISTA**, corresponda a riesgo IV o V. **DECIMA - SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato, estará a cargo de COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, quien certificará el cumplimiento de las obligaciones contractuales previa presentación de la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral: Salud, Pensión y ARL. **DECIMA PRIMERA – GARANTÍAS.** Si **EL CONTRATISTA** desarrolla actividades contractuales en el servicio ASISTENCIAL, se obliga a suscribir PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD AREA ASISTENCIAL Y MANTENERLA ACTUALIZADA, de acuerdo a su perfil, hasta por la suma mínima de cien (100) S.M.M.L.V. (Si **EL CONTRATISTA** desarrolla actividades como: Médico, Médico Especialista, Odontólogos, Odontólogos Especialistas, Químico Farmacéutico, Profesional en Enfermería, Bacteriólogo, Instrumentador Quirúrgico, Fisioterapeuta o Terapeuta Respiratorio), dicha garantía deberá ser constituida por una Compañía de Seguros debidamente establecida en Colombia, con el fin de garantizar indemnización por perjuicios a terceros en el ejercicio profesional durante la ejecución del presente contrato. El contratista deberá allegar su póliza para la suscripción del contrato o previo a la firma del mismo. **PARÁGRAFO. RENOVACIÓN.** **EL CONTRATISTA**, renovará la póliza de tal forma que, garantice su vigencia durante el plazo de ejecución del contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** **EL CONTRATISTA**, realizará el pago de la prima oportunamente. **DECIMA SEGUNDA.- AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL:** **EL CONTRATISTA** se afilia al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, ARL) como cotizante independiente, efectuando el pago correspondiente, de conformidad con lo establecido en el Artículos 15 de la Ley 100 de 1993, 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes. **PARÁGRAFO PRIMERO:** **EL CONTRATISTA** se afiliará al Sistema General de Riesgos Laborales<sup>125</sup> –ARL-, y pagará el valor de la cotización cuando corresponda a riesgo I, II o III. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, afiliará a **EL CONTRATISTA** y pagará el valor de la cotización cuando corresponda a riesgo IV o V. **DECIMA TERCERA – INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES,** con la firma del presente contrato, **EL CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento que no se encuentra incurso en causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución, artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, modificado por la Ley 1474 de 2011 y demás disposiciones vigentes. **DECIMA CUARTA – EJECUCIÓN.** El presente contrato iniciará su ejecución con el Registro Presupuestal -RP, la afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y la incorporación de la garantía en la Plataforma Transaccional Secop II. **DECIMA QUINTA.- SEGURIDAD Y SALUD EN EL DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES:** **EL CONTRATISTA** cumplirá con las obligaciones del artículo 2.2.4.2.16 del Decreto 1072 de 2015, en particular las siguientes: a) procurar el cuidado integral de su salud, contar con los elementos de protección personal necesarios para la ejecución de la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. b) Informar a **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, la ocurrencia de incidentes, accidentes, enfermedades laborales, novedades del contrato. c) Participar en las actividades organizadas por la Dirección de Talento Humano de **LA SUBRED SUR - E.S.E.**. **DECIMA SEXTA - INDEMNIDAD:** **EL CONTRATISTA** mantendrá indemne a **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, de reclamos, demandas, acciones legales o costos que se generen por perjuicios, daños, lesiones causadas a personas o propiedad de terceros que ocasione **EL CONTRATISTA**, durante la ejecución del contrato. **DECIMA SEPTIMA.- RESPONSABILIDAD POR DAÑOS O PERJUICIOS.** **EL CONTRATISTA** responderá por los perjuicios económicos o materiales debidamente comprobados, que ocasione con la acción u omisión relacionada con la ejecución del objeto contratado, sin perjuicio de las acciones legales a las que haya lugar de acuerdo a lo estipulado en el Manual de Contratación. Lo anterior garantizando el debido proceso y derecho a la defensa. **PARÁGRAFO:** **EL CONTRATISTA**, asume directa y personalmente la responsabilidad que se derive de una mala práctica en el desarrollo del objeto contractual y expresamente exonera a **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, por el evento en que el cliente, usuario o un tercero, sufra algún tipo del perjuicio, salvo que sea ocasionado como consecuencia a un evento de fuerza mayor o caso fortuito. **DECIMA OCTAVA.- PENAL PECUNIARIA.** En caso de incumplimiento total, defectuoso o parcial de las obligaciones a cargo de **EL CONTRATISTA**, este pagará a **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, a título de pena y estimación anticipada de perjuicios, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato. En el evento que los perjuicios superen el valor estimado en esta cláusula, **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, adelantará las acciones pertinentes para lograr el cobro imputando, el valor pagado a dichos perjuicios. Lo dispuesto en la presente cláusula también podrá ser aplicado en el evento en el que el monto de la totalidad de las multas sucesivas impuestas por **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, sea igual al diez por ciento (10%) del valor del contrato. **PARÁGRAFO:** Para los efectos de la imposición y cobro se aplicarán las disposiciones establecidas en los Artículos 17 de la Ley 1150 de 2007 y 86 de la Ley 1474 de 2011. **DECIMA NOVENA. – MULTAS.** En caso de mora o incumplimiento de las obligaciones por parte de **EL CONTRATISTA** y previo requerimiento e informe del Supervisor, **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, podrá imponer y hacer exigibles las multas diarias y sucesivas equivalentes al uno por ciento (1%) del valor total del mismo. **PARÁGRAFO.** Para efecto del cobro, se aplicarán las disposiciones establecidas en el Manual de la Contratación de **LA SUBRED SUR - E.S.E.** El pago o la deducción de dichas sanciones no exoneran

<sup>124</sup> Artículo 83 ley 1174 de 2011

<sup>125</sup> Numeral 1 del literal A) del Artículo 2 de la ley 1562 de 2012



|                                                                                  |                                                         |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.       |                 |
|                                                                                  | NIT 900.958.564-9                                       |                 |
|                                                                                  | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL | CO-OPS-FT-04 V4 |

al **EL CONTRATISTA** de la obligación de ejecutar el contrato, ni demás obligaciones y responsabilidades del mismo. **VIGÉSIMA- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL.** El presente contrato no genera relación laboral entre las partes, ni prestaciones sociales o emolumento distinto al valor de los honorarios pactados en el presente contrato. **VIGÉSIMA PRIMERA. - INDEPENDENCIA DE EL CONTRATISTA.** **EL CONTRATISTA**, es independiente de **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, actúa bajo su propia voluntad, conoce los alcances y rigurosidad legal del presente contrato, en consecuencia, **EL CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, ni tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos a nombre **LA SUBRED SUR - E.S.E.** ni tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo, salvo poder debidamente otorgado por el Representante Legal. **VIGÉSIMA SEGUNDA. - MODIFICACIONES AL CONTRATO.** El presente contrato podrá ser modificado, prorrogado y adicionado, siempre y cuando persista la necesidad, la cual se efectuara previa solicitud que presente el Subgerente, Jefe de Oficina, Director, Supervisor de la **LA SUBRED SUR - E.S.E. VIGÉSIMA TERCERA. - CESIÓN DEL CONTRATO Y SUBCONTRATO.** **EL CONTRATISTA** no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente las obligaciones derivadas del contrato, sin el consentimiento expreso y escrito de **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, Para efecto de la cesión, **EL CONTRATISTA CESIONARIO** deberá cumplir con iguales o superiores requisitos a los acreditados por **EL CONTRATISTA CEDENTE.** **VIGÉSIMA CUARTA. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES:** En virtud de lo establecido en el numeral 6 del Artículo 195 de la Ley 100 de 1993 en concordancia con los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993, Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, con el objeto de evitar la paralización o afectación grave en la prestación del servicio público esencial de salud, mediante Acto Administrativo debidamente motivado, hará efectivas las cláusulas excepcionales de: CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO.** Contra el acto administrativo que ordene la interpretación, modificación y terminación unilateral, procederá el recurso de reposición. **VIGÉSIMA QUINTA – CADUCIDAD.** **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, garantizando el debido proceso y derecho a la defensa de **EL CONTRATISTA**, frente a hechos constitutivos de incumplimiento de las obligaciones a cargo de **EL CONTRATISTA**, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, por medio de acto administrativo debidamente motivado lo dará por terminado y ordenará su liquidación en el estado en que se encuentre. **PARÁGRAFO PRIMERO.** En caso de que **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, decida abstenerse de declarar la caducidad, adoptará las medidas de control e intervención necesarias, que garanticen la ejecución del objeto contratado. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** Si se declara la caducidad no habrá lugar a indemnización a favor de **EL CONTRATISTA**, quien se hará acreedor a las sanciones e inhabilidades previstas en esta ley. **PARÁGRAFO TERCERO.** En todo caso para la imposición de sanciones a **EL CONTRATISTA**, como multas, efectividad de la cláusula penal, caducidad y terminación se observará y aplicará establecido en el Artículo 86 de la Ley 1474 de 2011 y en el Manual de Contratación **VIGÉSIMA SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato se dará por terminado, por cualquiera de las siguientes causales: 1) Por mutuo acuerdo entre las partes. 2) Por agotamiento del objeto o vencimiento del plazo o agotamiento de recursos. 3) Por fuerza mayor o caso fortuito que haga imposible continuar su ejecución. 4) Por incumplimiento de las obligaciones por parte de **EL CONTRATISTA.** 5) Cualquier actuación o pronunciamiento que hiciera **EL CONTRATISTA** sin el conocimiento y consentimiento de **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., 6) La violación de la información de reserva por parte de **EL CONTRATISTA.** 7) **LA SUBRED SUR - E.S.E.** se reserva el derecho a dar terminado anticipadamente el contrato sin que medie requerimiento judicial, avisando por escrito a **EL CONTRATISTA** cuando se considere que, por variación del servicio, no se requiere la ejecución de las actividades contratadas. 8) Por orden de autoridad competente. 9) Por muerte de **EL CONTRATISTA.** **PARÁGRAFO PRIMERO. - TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que **EL CONTRATISTA** presente solicitud de terminación anticipada del Contrato, deberá radicarla con una antelación de cinco (05) días hábiles al vencimiento del plazo de ejecución del contrato al Supervisor del mismo, quien la evaluará, sobre la base que no se afecte la prestación del servicio. En todo caso, dicha solicitud de terminación, surtirá efecto contractual y jurídico, previo visto bueno del Supervisor, aprobación del Ordenador del Gasto y suscripción del Acta de Terminación Bilateral Anticipada del contrato, la cual podrá estar contenida en medio físico o electrónico - Plataforma Transaccional Secop II. **VIGÉSIMA SEPTIMA. SUSPENSIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** De común acuerdo, **LA SUBRED SUR - E.S.E.** y **EL CONTRATISTA**, podrán suspender el plazo de ejecución del contrato, bajo las siguientes circunstancias: 1) Fuerza mayor o caso fortuito. 2) Por mutuo acuerdo. Tal circunstancia, constará en documento escrito en la cual se indicará, las condiciones en que se efectuará y así mismo se precisará que la suspensión, no generará incremento, ni reajuste alguno en el valor total pactado en el contrato, razón por la cual **EL CONTRATISTA**, renuncia expresamente a presentar reclamaciones o solicitar compensaciones o pago de mayores costos originados por la suspensión de plazo de ejecución, **PARÁGRAFO PRIMERO.** La suspensión no amplía el plazo de ejecución de contrato suscrito, solamente lo interrumpe. En todo caso, la suspensión no podrá ser superior a treinta (30) días calendario; salvo en los casos asociados a incapacidad médica, los cuales debiera encontrarse debidamente soportados. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** En caso de terminarse el plazo de suspensión acordado, sin que **EL CONTRATISTA**, reinicie la ejecución del contrato, **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, tramitará la terminación anticipada del contrato. **PARÁGRAFO TERCERO.** Finalizado el plazo de suspensión que se haya acordado, el plazo de ejecución del contrato automáticamente reiniciará. En todo caso, de reiniciarse el contrato antes del plazo de suspensión acordado, el Supervisor informará, inmediatamente a la Dirección de Contratación de **LA SUBRED SUR - E.S.E. PARÁGRAFO CUARTO.** La suspensión del plazo de ejecución del contrato sin previo aprobación del Supervisor dará lugar a la terminación anticipada del Contrato. **VIGÉSIMA OCTAVO. - CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA.** La información que constituya reserva e intercambien las partes durante la ejecución del contrato, **EL CONTRATISTA** no divulgará a terceros ni la utilizará para propósito distinto al cumplimiento del objeto del contrato. **VIGÉSIMA NOVENA - CONSERVACIÓN Y USO DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS A EL CONTRATISTA.** En caso que aplique, **EL CONTRATISTA** se compromete a responder por todos y cada uno de los elementos que le sean entregados para la ejecución del contrato, por lo que los mismos quedarán a cargo de **EL CONTRATISTA**, quien responderá por ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato. **TRIGÉSIMA- LIQUIDACIÓN:** Procede la liquidación del contrato en caso de terminación anticipada del mismo y/o existan saldos. **PARÁGRAFO.** En el evento de terminación anticipada del contrato y/o existencia de saldo el Supervisor deberá presentar dentro de los diez (10) días siguientes a la terminación del mismo informe final a la Dirección de Contratación de **LA SUBRED SUR - E.S.E. TRIGÉSIMA PRIMERA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier discrepancia que surja entre las partes en torno a la interpretación o aplicación de las cláusulas contractuales o al cumplimiento de los compromisos, se recurrirá a los mecanismos de Alternativos de Solución de Conflictos, de manera preferente Conciliación y Transacción. **TRIGÉSIMA SEGUNDA - DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) La necesidad, justificación del gasto; b) El certificado de disponibilidad presupuestal; c) Los documentos presentados por **EL CONTRATISTA** previa verificación realizada por la Dirección de Contratación de **LA SUBRED SUR - E.S.E. d) Los demás que se produzcan durante el desarrollo del mismo. TRIGÉSIMA TERCERA- COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN:** **EL CONTRATISTA** manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación al terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; así mismo manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. **TRIGÉSIMA CUARTA-PROPIEDAD INTELECTUAL:** Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a **LA SUBRED SUR - E.S.E.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que los servicios prestados a **LA SUBRED SUR - E.S.E.** no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. **TRIGÉSIMA QUINTA. - RESPONSABILIDAD AMBIENTAL:** **EL CONTRATISTA** se compromete a dar cumplimiento a las normas legales de protección ambiental vigentes en Colombia, así como a las políticas internas de **LA SUBRED SUR - E.S.E.**, relacionadas con el deber de proteger el medio ambiente y los recursos naturales. **TRIGÉSIMA SEXTA - RÉGIMEN JURÍDICO DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige para todos sus efectos por lo dispuesto en el Numeral 6 del Artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto de Contratación y Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur - ESE, las normas de derecho público que le sean aplicables, así como aquellas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. **TRIGÉSIMA SEPTIMA - DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C. **TRIGÉSIMA OCTAVA - PERFECCIONAMIENTO:** El presente contrato se perfeccionará con la aceptación del contrato a través de la plataforma transaccional SECOP II, para lo cual, previamente las partes deben haber creado usuario en la misma.

El presente contrato se suscribe con la aceptación en la Plataforma Transaccional Secop II.

<sup>1</sup> Resolución 887 del 19 de julio de 2019, emanada de la Gerencia de la Subred Sur, "por la cual se deroga la Resolución 1720 de 2017 y se expide un Nuevo Manual de Contratación conforme al Estatuto de Contratación contenido en el Acuerdo 027 del 20 de septiembre de 2017 de la subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE"



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES  
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación:  Fecha de Radicación:

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                             |                                                                                                                                                              |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Tipo de trámite<br>A. Afiliación <input type="checkbox"/><br>B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Colizante o cabeza de Familia<br>C. Institucional <input type="checkbox"/><br>D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | 4. Tipo de afiliado: A. Colizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | Código (a registrar por la EPS) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

|                                   |                                         |                                                   |                                                                                            |                                              |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 6. Apellidos y nombres<br>CAMARGO | 7. Tipo de documento de identidad<br>CC | 8. Número de documento de identidad<br>1030673922 | 9. Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 10. Fecha de nacimiento<br>1 9 1 2 1 4 9 9 6 |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

|                                                      |                                                                                        |                                                      |                                 |                                                                                       |                                             |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 11. Etnia                                            | 12. Discapacidad<br>Tipo: <input type="checkbox"/> Condición: <input type="checkbox"/> | 13. Puntaje SISBEN                                   | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL<br>NO MANEJA                            | 16. Administradora de pensiones<br>PORVENIR |
| 17. Ingreso base de cotización - IBC<br>\$ 1.480.000 | 18. Residencia<br>CR 88 6 A 99 TO 14 APTO 202                                          | 19. Correo electrónico<br>VANESSA96CAMARGO@GMAIL.COM | 20. Ciudad<br>BOGOTA            | 21. Zona<br>Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | 22. Barrio<br>KENNEDY                       |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

|                         |                                    |                                      |                                                                                  |                                              |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 19. Apellidos y nombres | 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 23. Fecha de nacimiento<br>D O M N I A R A A |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 24. Apellidos y nombres |                  |               |                | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|------------------|---------------|----------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Primer Apellido         | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |                                    |                                      |                                                                                  |
| B1                      |                  |               |                |                                    |                                      |                                                                                  |
| B2                      |                  |               |                |                                    |                                      |                                                                                  |
| B3                      |                  |               |                |                                    |                                      |                                                                                  |
| B4                      |                  |               |                |                                    |                                      |                                                                                  |
| B5                      |                  |               |                |                                    |                                      |                                                                                  |

| 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad<br>Tipo: <input type="checkbox"/> Condición: <input type="checkbox"/> | 32. Datos de residencia |                                                                     | 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|-------------------------|----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|                         |                |           | F N M T P                                                                              | Municipio / Distrito    | Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> |                                                                 |
| B1                      |                |           |                                                                                        |                         |                                                                     |                                                                 |
| B2                      |                |           |                                                                                        |                         |                                                                     |                                                                 |
| B3                      |                |           |                                                                                        |                         |                                                                     |                                                                 |
| B4                      |                |           |                                                                                        |                         |                                                                     |                                                                 |
| B5                      |                |           |                                                                                        |                         |                                                                     |                                                                 |

|                                                                                       |                                         |                                            |                                                                                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS<br>SEDE KENNEDY 1 |                                         | Código de la IPS (a registrar por la EPS)  | V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO |  |
| 35. Nombre o razón social                                                             | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)                                                                              |  |
| 39. Ubicación                                                                         |                                         |                                            |                                                                                                                                                 |  |

B. REPORTE DE NOVEDADES

|                                                        |                                                                                           |                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40. Tipo de Novedad                                    | 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | 13. Movilidad:                                                                                     |
| 1. Modificación datos básicos de identificación        | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>    |
| 2. Corrección datos básicos de identificación          | 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar                   | 14. Traslado:                                                                                      |
| 3. Actualización documento de identidad                | 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | A. Mismo Régimen <input checked="" type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> |
| 4. Actualización y corrección de datos complementarios | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas            | 15. Reporte por fallecimiento                                                                      |
| 5. Terminación de la inscripción en la EPS             | 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas        | 16. Reporte del trámite de protección al cesante                                                   |
| 6. Reinscripción en la EPS                             |                                                                                           | 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado                                                        |
|                                                        |                                                                                           | 18. Reporte de la calidad de Pensionado                                                            |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                                                                                                 |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 41. Datos básicos de identificación                                                                             | 42. Fecha                                                |
| Tipo de documento de identidad: <input type="checkbox"/> Número de documento de identidad: <input type="text"/> | 43. EPS anterior<br>EPS SURAMERICANA S.A.                |
| 44. Motivo de traslado<br>Código: <input type="text"/>                                                          | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.                                                                                     | 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.     |
| 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                         | 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 |
| 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.             | 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.                                                                                                              |
| 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.             |                                                                                                                                                                                                                            |
| 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. |                                                                                                                                                                                                                            |

VIII. FIRMAS

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

IX. ANEXOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total <input type="text"/> | 51. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.                                                                                                                     |
| 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 52. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. |
| 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 53. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.                                                                                              |
| 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 54. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                          |
| 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 55. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.                           |

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                              |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 66. Identificación de la entidad Territorial<br>Código del municipio: <input type="text"/> Código del departamento: <input type="text"/>                           | 67. Datos del SISBEN<br>Número de la ficha: <input type="text"/> Puntaje: <input type="text"/> Nivel: <input type="text"/> | 68. Fecha de radicación<br>D O M N I A R A A | 69. Fecha de validación<br>D O M N I A R A A |
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación<br>Tipo de documento de identidad: <input type="text"/> Número de documento de identidad: <input type="text"/> | 71. Firma del funcionario                                                                                                  |                                              |                                              |
| OBSERVACIONES: REALIZAR PRIMER APOORTE MES DE MAYO. PRESTACION DE SERVICIOS UNA VEZ SEA APROBADO EL TRASLADO                                                       |                                                                                                                            |                                              |                                              |

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.



Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponde la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.

- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacia parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.

La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado, a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que esté inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar intemado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la EPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS a la cual se trasladó.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

| Código | Motivos para el traslado                                                                                                                                                                          |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01     | Por ejercicio de la libre elección                                                                                                                                                                |
| 02     | Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre elección de EPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta. |
| 03     | Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.                                                  |
| 04     | Por unificación del núcleo familiar.                                                                                                                                                              |
| 05     | Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado                                                                                                               |
| 06     | Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.                                                                                                           |

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.

Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.

Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el periodo de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento

Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante o el cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar que se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante

Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como pre-pensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado

Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.

• Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.

• Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.

• Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pague sus aportes a la seguridad social.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

41. Datos básicos de identificación:

Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de Identidad, Número del documento de Identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación;

Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos;

Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento;

Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha:

Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior:

Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado:

Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "Traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la caja de compensación familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Espedal o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no intromisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

- 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
- 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Marque con una X la casilla correspondiente a los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

56. Documento de Identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la palma postural o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisben:

El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisben y registrar:

• Número de la ficha Sisben

• Puntaje

• Nivel Sisben (según el puntaje)

68. Fecha de radicación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisben e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

• Primer apellido

• Segundo apellido

• Primer nombre

• Segundo Nombre

• Tipo de documento de identidad

• Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisben.

Observaciones:

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.



| Cód. | ParanteSCO                                         | Descripción ParanteSCO                                                                                                                                           |
|------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PD   | Padres del cotizante.                              | Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos. |
| MC   | Menores de dieciocho (18) años en custodia.        | Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.                                                                         |
| AA   | Persona de cualquier edad como afiliada adicional. | Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentre en el 4º grado de consanguinidad o 2º de afinidad, respecto de este.           |

### 30. Etnia:

Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

### 31. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

#### Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opción: F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental

#### Condición de discapacidad:

Marque con una X: T: Temporal P: Permanente.

### 32. Datos de residencia:

Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residen en un municipio diferente al del cotizante.

• Municipio/Distrito

• Zona: urbana, rural

• Departamento

• Teléfono (fijo y/o celular)

### 33. Valor de la UPC del afiliado adicional:

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

### 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS:

Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:

• En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.

• En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

### APORTANTES QUE DEBE IDENTIFICAR EL EMPLEADOR Y LOS APORTANTES QUE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN DEBE REGISTRAR EN EL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y AFILIADOS ADICIONALES

Estos datos aplican a:

• El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.  
• Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, cajas de compensación familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.

• Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

### 35. Nombre o Razón Social:

Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

### 36. Tipo de documento de identificación:

Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

• NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.

• CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

### 37. Número del documento de identificación:

Escriba el número del documento de identificación.

### 38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PIA.

### 39. Ubicación:

• Dirección

• Teléfono (fijo o celular)

• Correo electrónico

• Municipio/Distrito

• Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

### B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigentes novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

### 40. Tipos de novedad:

Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla.

| Número | Nombre                                                               |
|--------|----------------------------------------------------------------------|
| 1      | Modificación de datos básicos de identificación                      |
| 2      | Corrección de datos básicos de identificación                        |
| 3      | Actualización del documento de identidad                             |
| 4      | Actualización y corrección de datos complementarios                  |
| 5      | Terminación de la inscripción en la EPS                              |
| 6      | Reinscripción en la EPS                                              |
| 7      | Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                |
| 8      | Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                |
| 9      | Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar |

| Número | Nombre                                                                             |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 10     | Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando |
| 11     | Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas         |
| 12     | Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas     |
| 13     | Movilidad                                                                          |
| 14     | Traslado                                                                           |
| 15     | Reporte de fallecimiento                                                           |
| 16     | Reporte del trámite de protección al cesante                                       |
| 17     | Reporte de la calidad de pre-pensionado                                            |
| 18     | Reporte de la calidad de pensionado                                                |

### DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

#### Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

• Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".

• Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.

• Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.

• Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

• Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

#### Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no concuerdan con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

• Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".

• Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.

• Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.

• Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

• Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

#### Novedad 3: Actualización del documento de identidad

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponde a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

• Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".

• Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.

• Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.

• Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

• Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

#### Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios

Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

• Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".

• Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.

• Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.

• Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

#### Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS

Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente

| Código | Condición                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01     | El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado. |
| 02     | El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 03     | El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 04     | Cuando el INPEEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:

• Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".

• Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.

• Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.

• Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y esta sujeta por el empleador.

La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEEC a la base de datos de afiliados vigente.

#### Novedad 6: Reinscripción en la EPS

Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:

• Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".

• Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.

• Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.

Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

#### Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales

Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

• Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".

• Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.

• Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.

• Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.

• Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

• Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.

• Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

#### Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como: superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera(o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

• Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".

• Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.

• Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

• Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.

• Anexar copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

#### Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 13: Movilidad. También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 13: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 14: Traslado si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

• Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".

• Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.

• Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.

• Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.

• Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

• Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.

• Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.

• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.

• Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.

• Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

• Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacia parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.



# INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

## CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

### 1. Tipo de trámite

A. Afiliación: aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades: aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

### 2. Tipo de afiliación

A. Individual: la opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones. Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva: la opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: la opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliarse se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: la opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumple los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúsa a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarias de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

### 3. Régimen:

Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

### 4. Tipo de afiliado:

Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad.

Cotizante: aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

Cabeza de familia: aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

Beneficiario: es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

### 5. Tipo de cotizante:

Marque con una X la opción que corresponda:

Dependiente: si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente: si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

Pensionado: si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: este espacio debe ser diligenciado por el EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

## A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.

Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.

Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.

Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.

Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.

Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.

Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del Artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016.

Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.

Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.

Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".

Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.

Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

### 6. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

• Primer apellido

• Segundo apellido

• Primer nombre

• Segundo nombre

### 7. Tipo de documento de identidad:

Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

| Cód. | Descripción del Tipo de Documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CN   | Certificado de Nacido Vivo, es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.                                                                                     |
| RC   | Registro Civil de Nacimiento, es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.                                                                                                                                                                  |
| TI   | Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.                                                                                                                             |
| CC   | Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.                                                                                                                                                                                   |
| CE   | Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.                                   |
| PA   | Pasaporte, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.                                                                                                                   |
| CD   | Carné Diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.                                                                                                                                                          |
| SC   | Salvoconducto de Permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería. |

### 8. Número del documento de identidad:

Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo señal. Verifique que lo ha registrado completo.

### 9. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

### 10. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

### Datos personales:

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

### 11. Etnia:

En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla.

| Cód. | Etnia                                |
|------|--------------------------------------|
| 01   | Indígena                             |
| 02   | Rrom (gitano)                        |
| 03   | Raizal (San Andrés y Providencia)    |
| 04   | Palenquero (San Basilio de Palenque) |
| 05   | Negro(a), afrocolombiano(a)          |

### 12. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

### Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opción: F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental

### Condición de discapacidad:

Marque con una X la opción: T: Temporal P: Permanente.

### 13. Puntaje SISBEN

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisben.

### 14. Grupo de población especial:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

| Cód. | Grupo Poblacional                                                                                                                                   |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02   | Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.                                                               |
| 06   | Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.                                                                                       |
| 08   | Población desmovilizada.                                                                                                                            |
| 09   | Víctimas del conflicto armado.                                                                                                                      |
| 10   | Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.                                                                  |
| 11   | Personas incluidas en el programa de protección a testigos.                                                                                         |
| 16   | Adultos mayores en centros de protección.                                                                                                           |
| 17   | Comunidad indígena.                                                                                                                                 |
| 18   | Población Rrom.                                                                                                                                     |
| 22   | Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.                          |
| 23   | Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional. |
| 24   | Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.       |

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.

### 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

### 16. Administradora de Pensiones:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

### 17. Ingreso Base de Cotización - IBC:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

### 18. Residencia:

Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

• Dirección de su residencia

• Teléfono (fijo o celular, o ambos)

• Correo electrónico

• Ciudad/Municipio o distrito

• Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito

• Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia

• Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

### Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante.

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

### 19. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

• Primer apellido

• Segundo apellido

• Primer nombre

• Segundo nombre

### 20. Tipo de documento de identidad:

Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

### 21. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo señal. Verifique que lo ha registrado completo.

### 22. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

### 23. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

### 24. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

• Primer apellido

• Segundo apellido

• Primer nombre

• Segundo nombre

### 25. Tipo de documento de identidad:

Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

### 26. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo señal.

### 27. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

### 28. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

### Datos complementarios

### 29. Parentesco:

En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

| Cód. | Parentesco                                                                                                           | Descripción Parentesco                                                                                                                                                                                         |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CY   | Cónyuge                                                                                                              | Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.                                                                                                                                                      |
| CP   | Compañero(a) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.                                                       | Con unión marital de hecho.                                                                                                                                                                                    |
| HI   | Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.                                                                      | Que dependan económicamente del cotizante.                                                                                                                                                                     |
| HD   | Los hijos de cualquier edad.                                                                                         | Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.                                                                                                                                      |
| HC   | Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo. | Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.                                            |
| HB   | Los hijos de los beneficiarios.                                                                                      | Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.                                                                                                                                 |
| MD   | Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.                                | Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos. |



**CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**



¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI NO

☐ ☐

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

☐ ☐

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

☐ ☐

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

☐ ☐

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?

☐ ☐

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_

No. Identificación: \_\_\_\_\_

**FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)**

A ruego de (la) señor (a) \_\_\_\_\_ con C.C. No. \_\_\_\_\_ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) \_\_\_\_\_ con C.C. No. \_\_\_\_\_ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) \_\_\_\_\_

Firma a Ruego: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: \_\_\_\_\_

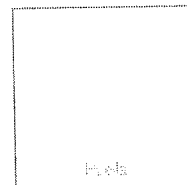
Identificación: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

de domicilio: \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: [www.compensar.com](http://www.compensar.com) / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.

- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico [protecciondedatos@compensar.com](mailto:protecciondedatos@compensar.com), y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_

No. Identificación: 1030673922spolpk





**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:**

**VANESSA CAMARGO CAMARGO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.673.922**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



Medellín, 14 de abril de 2021

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

**CERTIFICA:**

Que VANNESA CAMARGO CAMARGO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030673922 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 07/04/2021

Fecha fin cobertura:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE</b><br><b>SUB RED SUR N900958564</b><br><b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL<br><b>CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%</b><br><b>CENTRO DE TRABAJO: 0000000005 - GESTION DEL RIESGO</b><br><b>CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES</b><br><b>ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b><br><b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL<br><b>CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101</b><br><b>CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10306739222110466913

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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:

14/04/2021 6.35 PM

