ALCALDÍA 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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde: 01-abr-21		Hasta:	30-abr-21		
Nombre del Contratista:	DILAN FABIAN PALACIOS BARRERA		Cédula:	1001188009		
Correo Electrónico:	dfpalaciosb2003@hotmail.com		Teléfono(s):	3138013921		
Nombre del Supervisor - Planta:	WILIAN EDUARDO GOMEZ RAMIREZ		Cargo:	COORDINADOR PSPIC	Codigo-Grado:	243 20
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JEISON RODRIGO PARRA TRIANA		Perfil	LIDER DE PROCESO	No. CTO:	4826

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004482	Año Contrato: 2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	858	
PERFIL:	GESTOR COMUNITARIO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION 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						$ -	0,00%
SIRC								
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar						$ 1.488.258	100,00%
PIC ESPACIO PUBLICO SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K30PI				$ -	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	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.488.258	$ 1.488.258	$ 1.488.258	$ -

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	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.	Se realiza seguimientos de grupos de Gestantes ,Lactantes y Adultos mayores, acorde a los grupos concertados en el mes de abril 2021, por vía telefónica, mwdios w app, o redes, conb el fin de verificar estado actual de individuo y o familia respectivas, correspondientes a 5 grupos gestantes y 5 grupos adulto mayor en las localidades.	Acta Diaria

ALCALDÍA 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

2	Cumplir con todas las actividades y obligaciones asignadas dentro del desarrollo lineamientos emitidos por Sub Red integrada de Servicios de Salud.	Realizar apoyo en apertura y concertación de 5 grupos Gestantes y o madres lactantes y de 5 grupos de adulto mayor, correspondientes a las localidades de subred Sur. Realizar seguimientos de personas individuos y o grupos relacionados gestantes y o adultos mayores. Realizar recorridos en comunidad de localidades correspondientes sub red sur para identificar lideres y o necesidades de la comunidad.	Acta Diaria
3	. 3. Estar presente en el territorio de vida cotidiana en el cual se da las situaciones criticas y emergentes para el caso del acondicionamiento físico y la salud mental.	Se realizan 3 recorridos territoriales para identificación de actores sociales y de grupos comunitarios, escuchando posibles necesidades expuestas por la comunidad.	Acta Diaria
5	Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Sub red integrada de servicios de Salud.	Estar atento a necesidades requeridas por lideres de Entorno Comunitario por diferentes medios de comunicación Teléfono, w aap, redes sociales.	Acta Diaria
6	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	Se realizan 3 recorridos territoriales para identificación de actores sociales y de grupos comunitarios, escuchando posibles necesidades expuestas por la comunidad.	Acta Diaria
7	RealizarCronograma mensual del profesional subido en el drive del entorno comunitario y actualizado y actas de articulación con el equipo de caracterización en COVID-19.	Entregar mensualmente Cronograma de trabajo, y ajustar según actividades diarias según corresponda.	Medio magnético.
8	Realizar revisión de Lineamientos Técnicos generados por la sub red integrada, paa realizar actividades acodes a éstos.	Se realiza lectura y apropiación de lineamientos concernientes a Entorno Comunitario; Adultos mayores, lactancia materna en Apoyo Nutricional.	Medio magnético.
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO 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 MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inf un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR			
SALUD		SANITAS	$ 908.526		
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO				$

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	488420599521

DILAN FABIAN PALACIOS BARRERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.001.188.009
CC. NO. CONTRATISTA

WILIAN EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
COORDINADOR PSPIC

Jeisson Rodrigo Parra Triana
C.C. 80724755
JESON RODRIGO PARRA TRIANA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
Referente Publico
LIDER DE PROCESO

2021-02-12

EPS Sanitas

No. de Radicación

Fecha de Radicación

144017665

(Lea las instrucciones que se encuentran al dorso antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ✓ - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo ✓ B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido: PALACIOS | Segundo Apellido: BARRERA | Primer Nombre: DILAN | Segundo Nombre: FABIAN

7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC ✓ PA SC

8. Número del documento de identidad: 1001188009

9. Sexo: Femenino Masculino ✓

10. Fecha de nacimiento: 18 01 2003

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F M I M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA.

16. Administradora de Pensiones: Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

Dirección: CRA 87 A No 6A - 15 Tintal

Teléfono Fijo: 4685674

Teléfono Celular: 3134840662

Correo Electrónico: dfpalacios62003@hotmail.com

Municipio / Distrito: Bogotá DC

Zona: Urbana ✓ Rural

Localidad / Comuna: Bogotá DC Kennedy

Departamento: Distrito Capital

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F M M	Condición T P	32. Datos de Residencia Municipio Otros	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F M M	T P		Urbana Rural			
B2		F M M	T P		Urbana Rural			
B3		F M M	T P		Urbana Rural			
B4		F M M	T P		Urbana Rural			
B5		F M M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

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

C

B1

B3

B5

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

Formulario de Afiliación al Sistema General de Pensiones

Colpensiones
NIT: 900.336 004-7

RADICACIÓN

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA | Doc. Ejecutivo comercial

Ejecutivo comercial

DILIGENCIAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DEL AFILIADO

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento: CC (X) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) Cuál ____ | N.º de documento 1001188009 | Sexo M (X) F ( )

Primer apellido Palacios | Fecha de expedición 19 02 2021 | Municipio Expedición Bogota | Segundo nombre Fabian | Segundo apellido Barrera | Departamento Expedición Cundinamarca | Nacionalidad Colombi

Primer nombre Dilan | Fecha nacimiento 18 01 2003 | Municipio de nacimiento Bogota. | Departamento nacimiento Cundinamarca | Barrio / vereda de residencia Tintal

Dirección de residencia Cra 87 A # 6 A 15 | Municipio de residencia Bogota. | Departamento de residencia Cundinamarca. | Teléfono de residencia 4685674 | Celular 3134840662. | Salario integral Si ( ) No ( )

Ocupación u oficio Estudiante: Independiente | Ingreso mensual $ | Es empleador Si ( ) No ( )

Correo electrónico dfpalacios2003@hotmail.com | Alto riesgo Si ( ) No ( )

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/solicitante acepta y autoriza a COLPENSIONES el envío de correos a través de COLPENSIONES o terceros autorizados, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus aportes y/o prestaciones a través de correos electrónicos, mensajería de texto y cualquiera otro medio electrónico que se establezca. Usted podrá revocar esta autorización en cualquier momento. Si ( ) No ( )

Dirección de ubicación laboral | Barrio/ vereda de ubicación laboral

Municipio de ubicación laboral | Departamento de ubicación laboral | Teléfono laboral

DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

Tipo de documento: NIT (X) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) Cuál ____ | N.º de documento 900958564 | DV | Código CIIU

Naturaleza: Pública ( ) Privada ( ) | Razón social o nombre | Municipio | Sucursal

Dirección | Departamento

Barrio / vereda | Ocupación u oficio

Teléfono | Celular

Correo electrónico

DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) Cuál ____ | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día | Mes | Año

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) Cuál ____ | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día | Mes | Año

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

AFILIACIÓN A PENSIONES

Tipo de NOVEDAD: Vinculación inicial ( ) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad del mismo régimen ( ) Traslado por Pensión Familiar ( ) | Ha cotizado a otra entidad del régimen solidario: Si ( ) No ( ) | Solidaridad: Si ( ) No ( )

Si marcó Traslado indique: Entidad Actual | Entidad a donde desea trasladarse | Tarifa con la que cotiza actual

El afiliado debe contar con el régimen especial de pensiones: Si ( ) No ( ) ¿Cuál?

1. AUTORIZACIÓN PARA HOSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/solicitante otorga su autorización de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y/o encargado de efectuar el tratamiento de datos personales, para que realice la búsqueda, consulta, uso y manejo de información personal relacionada con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de sus canales, formatos y servicios de los cuales es titular, incluyendo, pero sin limitarse a, consultas de índole financiero y comercial, información de salud y políticas que tengan información del afiliado/solicitante para realizar los trámites que se relacionan a las prestaciones, costos y servicios de las diferentes contingencias cubiertas por el sistema general de seguridad social de pensiones. Si ( ) No ( )

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/solicitante autoriza de manera expresa a COLPENSIONES, para verificar la información suministrada en el presente formulario, así como la información laboral, financiera y de seguridad social que reposa en bases de datos de terceros. Si ( ) No ( )

3. Información obtenida solo para actividades de competencia de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. Si ( ) No ( )

FIRMAS

"Bajo gravedad de juramento manifiesto que la selección de Régimen ____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a ____ para que administre mis aportes pensionales. Los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos."

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON IDÓNEOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE

HUELLA AFILIADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu

35. Nombres o Razón Social: Independiente

36. Tipo documento de Identificación: [ ] NIT [ ] TI [ ] CE [ ] CC [ ] PA [ ] CD

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de afiliado a quien se le [illegible] (Lo registra por la EPS)

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 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.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la 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: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Regimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 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

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: [ ] CN [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ] RC [ ] CC [ ] PA [ ] SC

Número del documento de identidad

Sexo: [ ] Femenino [ ] Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha

43. EPS anterior: Sanitas Eps Activo

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial 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.
- [x] 49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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
- [x] 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.
- [x] 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
- [x] 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

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad
- [ ] 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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración ausente por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 [illegible] o se ordene la afiliación de oficio

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código de Municipio / Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones: Cambio de [illegible]

EPS Sanitas

No. de Radicación	Fecha de Radicación

144017665

Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario

1. Tipo de Trámite — A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación — A. Individual · Cotizante o Cabeza de Familia ✓ B. Colectiva D. De Oficio · Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

3. Régimen — A. Contributivo ✓ B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado — A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante — A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PALACIOS	BARRERA	OILAN	FABIAN

7. Tipo de documento de Identidad — CN TI CE CD · RC CC ✗ PA SC

8. Número del documento de Identidad — 1001188009

9. Sexo — Femenino Masculino ✗

10. Fecha de nacimiento — 18 01 2003

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad — Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL — SURA.

16. Administradora de Pensiones — Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

Dirección: CRA 87 A No 6A - 15 Tintal

Teléfono Fijo: 4685674

Teléfono Celular: 3134840662

Correo Electrónico: dfpalacios2003@hotmail.com

Municipio / Distrito: Bogotá DC

Zona: Urbana ✗ Rural

Localidad / Comuna: Bogotá DC Kennedy

Departamento: Distrito Capital

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de Identidad — CN TI CE CD · RC CC PA SC

21. Número del documento de Identidad

22. Sexo — Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del AFC Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

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

		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,

14/04/2021

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DILAN FABIAN PALACIOS BARRERA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1001188009**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488420599521**
Saldo a la fecha	**0.00 Pesos**
Fecha de apertura	**13/04/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO