INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	28.307.457						
CORREO ELECTRONICO:	cilin88@yahoo.				CELULAR:	3204498592						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA FO08											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	E03	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	2600037267								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2576-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21857	FECHA	30/04/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ORTODONCISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.549.840									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.000.000
VALOR EJECUTADO	$7.241.230
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	*$1.549.840*
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$2.758.770
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	72%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8482186946	$781.242	$97.655	$124.999	$3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá SEPTIEMBRE 2018 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Codigo:	[illegible]	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA				**Sede:**	**FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	2576-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ		**C. C.**		28.307.457		**DE**	PUENTE NACIONAL	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Ordoncista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ____ Servicios: SI __X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clinica y examen en ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral.Diagnosticar patologias y efectuar tratameinto de ortodoncia y ortopedia maxilar, solicitar examenes paraclinicos en caso necesario,	si	Sí se atendió consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clinica y examen de ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuó tratamientos en Ortooncia y ortopedia maxilar ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes clinicos y radiograficos y estudio de resultados.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes clinicos y radiograficos se realizo el estudio los resultados.	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del diagnostico y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente.	si	Se diligenció los sistemas de información en salud diariamente.	Historias clinicas diligenciadas por completo
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	si	Si cumplió con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorecio el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Se realizó notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Se reporta seguridad de paciente susesos de seguridad
Participar en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutar las actividades según criterio de auto control	si	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	asistencia a las reuniones programadas que coinciden con la agenda de ortodoncia
Realizar informes mensuales de gestión, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión del hospital e impulsar y promosionar nuestro portafolio de servicios.	si	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Si se mantuvo , desarrollo e implementa la visión y la misión del hospital e impulso y promoción de portafolio de servicios	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontología
Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	si	Se vigiló el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	Reportes de anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	Me adhiero a manual de bioseguridad , procedimiento ambulatorio guias de buenas practicas.
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	si	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública del Hospital.	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	este mes NO se realizo
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	Buen uso de equipos y instrumental
Mantener en completo orden y aseo el Instrumental y equipo teniendo en cuenta la técnica de asepsia.	si	Verificacion de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomedicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clinica de la carga y el lote esterilizacion con el cual se atiende cada paciente en consulta.
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional.	Me adhiero a la estrategia de utilizar la beta y retirarla cuando este fuera de la institucion, o en area de alimentación.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $ 1.549.840

Cilia Isabel Moreno B.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTACILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZCC:28307457

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

Página 1 de 1

FACTURA (ULTIMOS 6 DIGITOS)	FECHA DE FACTURACION	FECHA DE ATENCIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CODIGO DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	CILIA NUMERO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	ISABEL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	MORENO VALOR FACTURA COBRADA AL PACIENTE	BOHORQUEZ VALOR LABORATORIO	VALOR A PAGAR AL PROFESIONAL DE ACUERDO A LO CONTRATADO (70%)
1818011	2/08/2018	2/08/2018	LIDA MAGALY RODRIGUEZ	1080265932	893106-14 89310-38	2	Control ortodoncia-reparacion bracket	$ 72.600		$ 50.820
1818321	2/08/2018	2/08/2018	CATALINA CORTES	1000328485	893106-14	1	Control ortodoncia	$ 43.000		$ 30.100
1818835	2/08/2018	2/08/2018	ANGIE PAOLA VELASQUEZ TINJACA	1000580027	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1818225	2/08/2018	2/08/2018	CLAUDIA PATRICIA GOMEZ	52532309	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1816334	2/08/2018	2/08/2018	ANDRES SEBASTIAN ALVAREZ	1000266098	893106-14 89310-38	2	Control ortodoncia	$ 57.800		$ 40.460
1816192	2/08/2018	2/08/2018	MICHAEL STID CANEDO	1000517155	893106-5	1	Control ortodoncia	$ 45.000		$ 31.500
1817502	2/08/2018	2/08/2018	LEIDY YULIANA VARGAS BOJACA	1016092014	89310-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1817260	2/08/2018	2/08/2018	ANGIE PAOLA ALDANA ZAMUDIO	1016110792	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
30638	2/08/2018	2/08/2018	XIMENA RODRIGUEZ	1036954005	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
25697	2/08/2018	2/08/2018	ANDERSON AVELLA AVILA	8016290	893106-13	1	Control ortodoncia	$ 55.000		$ 38.500
1882028	16/08/2018	16/08/2018	LUISA FERNANDA MONTAÑA	1010007656	893106-14	1	Control ortodoncia	$ 43.000		$ 30.100
1883422	16/08/2018	16/08/2018	MARIA DE LAS MERCEDES CORTES	35331309	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1883445	16/08/2018	16/08/2018	CARLOS ENRIQUE CHVES CORTES	1000323292	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1882005	16/08/2018	16/08/2018	MARIA CAMILA MONTAÑO ARTUNDUAGA	1010015034	893106-14 89310-38	2	Control ortodoncia-reparacion bracket	$ 57.800		$ 40.460
1820952	16/08/2018	16/08/2018	YURI ALEJANDRA ACOSTA PAEZ	1016018462	893106-13	1	Control ortodoncia	$ 55.000		$ 38.500
1882165	16/08/2018	16/08/2018	YURI ALEJANDRA ACOSTA PAEZ	1016018462	893106-38	1	Control ortodoncia	$ 14.800		$ 10.360
1881632	16/08/2018	16/08/2018	JHON ALEXANDER VERA NIÑO	1016104544	893106-13	1	Control ortodoncia	$ 55.000		$ 38.500
1880419	16/08/2018	16/08/2018	CRISTIAN YESID CONTRERAS OVALLE	1233688328	89310-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1880253	16/08/2018	16/08/2018	IVAN MANCIPE ZABALA	1000520445	89310-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1879870	16/08/2018	16/08/2018	CAROLINA ROSO ANISARE	1016017481	89310-37	1	Control ortopedia	$ 39.000		$ 27.300
1879769	16/08/2018	16/08/2018	TATIANA KATERINE PARRA VARGAS	1010238572	89310-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1879665	16/08/2018	16/08/2018	ELIANA ANDREA RIAÑO LEON	1000324754	89310-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1945165	30/08/2018	30/08/2018	GILMA ESPERANZA GOMEZ VERGARA	52755253	89310-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1944855	30/08/2018	30/08/2018	JOSE SANTIAGO LLANOS PARRA	1019996750	89310-31	1	Toma de impresión para hyrax	$ 342.400	$ 120.000	$ 155.680
1943697	30/08/2018	30/08/2018	ANGIE PAOLA ALDANA ZAMUDIO	1016110792	89310-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1942823	30/08/2018	30/08/2018	ERICSON ESTEBAN RAMIREZ ROJAS	1014991965	89310-31	1	Toma de impresiónpara hyrax	$ 342.400	$ 120.000	$ 155.680
1942941	30/08/2018	30/08/2018	STEFAN RIVERA CARDONA	1016092463	893106-7 89310-38	2	Control ortodoncia-reparacion bracket # 5	$ 139.000		$ 97.300
1943535	30/08/2018	30/08/2018	DERLY YOMARA PEÑA MOLINA	29306581	89310-12	1	Montaje de ortodoncia	$ 162.400		$ 113.680
							TOTALES	**$ 2.111.200**	**$ 240.000**	**$ 1.309.840**
							TOTAL A PAGAR POR LABORATORIO		**$ -**	**$ 240.000**
							TOTAL PORCENTAJE A PAGAR			**$ 1.309.840**
							TOTAL A PAGAR ESPECIALISTA		**$**	**1.549.840**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28307457		MORENO BOHORQUEZ CILIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 101 BIS 20 21 BR CHICO NORTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7521039	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	360913840	8482186946	I	2018/08/15	2018/08/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,401,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0
1	CC	28307457	MORENO CILIA	25-14	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS001	30	$8,000,000	$1,000,000		0	$0	$0	14-28	30	$8,000,000	$41,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0



2018/08/15 07:56 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28307457		MORENO BOHORQUEZ CILIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 101 BIS 20 21 BR CHICO NORTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7521039	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	360913840	8482186946	I	2018/08/15	2018/08/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,401,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,360,000	$0	$0	$1,360,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,360,000	$0	$0	$1,360,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,800	$0	$0	$41,800
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$41,800	$0	$0	$41,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000,000	$0	$0	$1,000,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$1,000,000	$0	$0	$1,000,000
TOTAL				**1**	**$2,401,800**	**$0**	**$0**	**$2,401,800**



2018/08/15 07:56 AM

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **28307457,** se encuentra afiliado (a) desde **26/07/1989** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de septiembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el señor(a) CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ identificado con CC N° 28307457 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato N° F205101629743CC0028307457, con vigencia desde: 1/9/2006 hasta 31/12/2050.

La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

NB	Idenificación	Nombre y apellidos	Edad	Semanas cotizadas	Fecha de afiliación	Fecha de vencimiento	Estado	Cotizante
1	CC 28307457	CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ	59	613	1/9/2006	31/12/2050	Vigente	Si

Se expide en BOGOTA el día 15 de septiembre de 2018

Firma autorizada
Oficina 271 OFICINA INTERNET

Esta certificación no es valida para traslado entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

ARL | sura

Medellín, 20 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 28307457 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/09/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
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

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C283074571826328002

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 20/09/2018 7.46 AM

Dirección IP: 190.248.8.194, 172.16.42.236