

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD
			Fecha de aprobación	15/02/2018	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				Angelica Mayerly Acosta Bustos													
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		53,084,416								
CORREO ELECTRONICO:				mayis.pau@hotmail.com				CELULAR:		314 262 2168							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUR									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:								SERVICIO FARMACEUTICO		SEDE:		CAPS PATIO BONITO					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	M05	100%															
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				04589054569								PENSIONADO					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				5465-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 1	
NÚMERO DE CDP		1433	FECHA	30/08/2018		NÚMERO DE CRP		40251	FECHA	04/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa o asistencial en el area de farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:						DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
							4	9	2018		30	9	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$1.686.053							
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%							

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.

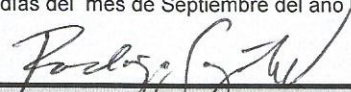
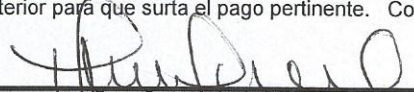
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$1.686.053
VALOR EJECUTADO	\$1.686.053
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.686.053
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

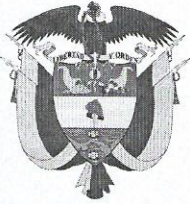
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Septiembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 RODRIGO GONZALEZ FONSECA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
--	---

		NFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003								
Ubicación del Servicio:		USS PATIO BONITO			Sede: FONTIBON							
No. DE CONTRATO:		5465 - 2018		Periodo certificado desde el		Día 4	Mes 9	Año 2.018	a 30	Día 30	Mes 9	Año 2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS			C. C.		53,084,416		DE		BOGOTÁ	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.												
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ☒ NO ____												
OBLIGACIONES CONTRACTUALES				PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la fórmula médica presentada por el usuario				SI	Se apoya en la prestación del servicio				Recepción técnica mensualmente			
Apoyar el proceso de recepción técnica de los medicamentos y dispositivos médicos que lleguen de los proveedores y que estos cumplan con las condiciones técnicas requeridas por la institución.				SI	Se realiza la recepción técnica de cada uno de los medicamentos que ingresan a la farmacia de acuerdo a la solicitud mensual.				Recepción técnica mensual			
Realizar seguimiento a los inventarios que sean ingresados a la farmacia a cargo				SI	Se realiza la verificación en el sistema de datos				Se realiza seguimiento a la facturación diaria			
Realizar los informes de próximos vencimientos de medicamentos y dispositivos médicos y si estos no son reportados a tiempo realizar la comunicación al coordinador del servicio farmacéutico para tramitar su respectivo descuento de nómina.				SI	Se realiza la revisión y seguimiento a los informes entregados por la auxiliares de farmacia				Se realiza supervisión a las actividades de auxiliares de farmacia			
Realizar auditoría a los movimientos de medicamentos de control especial y estructurar los informes de movimientos, garantizando que los datos registrados sean confiables, verídicos y remitirlos al coordinador del servicio farmacéutico.				SI	No aplica no se manejan medicamentos de control especial				No se manejan en la farmacia			
Apoyar y monitorizar el proceso de solicitud de reposición de medicamentos y dispositivos médicos realizando un adecuado proceso de planeación de los pedidos según tiempo de reposición establecido				SI	Se realiza el solicitud mensual				Se realiza pedido mensual al área encargada			
Promover el manejo adecuado de los inventarios de cada una de las farmacias, para lo cual debe presentar al personal asistencial los informes de baja rotación de inventarios y próximos vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos y/o gestionar con otras farmacias su rotación para evitar que estos se vencieran				SI	Se cuida del inventario en insumos para desempeñar la labores asignadas				Informe próximos a vencer Informe medicamentos de baja rotación			
Realizar seguimiento a los inventarios aleatorios y arcos planteados por los auxiliares de farmacia.				SI	Se realiza seguimiento				Supervisión y seguimiento a los conteos aleatorios			
Apoyar al químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico en la gestión y presentación de informes de diferentes entidades de control				SI	Se realiza la gestión oportunamente				Indicadores mensuales			
Realizar la estructuración y entrega de los informes de gestión que son requeridos por el Químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico.				SI	Se entregan oportunamente los informes requeridos				Informes mensuales de 1 al 5 de cada mes			
registros de los datos en los formatos establecidos por el servicio farmacéutico para soportar su gestión.				SI	Se informa oportunamente las fallas presentadas durante la prestación del servicio.				Reporte ticket por almera			
Llevar a cabo los controles para asegurar el uso racional de los medicamentos y dispositivos médicos				SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos				Procesos y procedimientos aplicados en el servicio farmacéutico+			
manejar los medicamentos de control especial y monopolio del Estado conforme a la normatividad vigente.				SI	No se manejan medicamentos de control especial				No se manejan en la farmacia			
Apoyar el desarrollo de la política institucional de medicamentos y los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia, uso racional de antibióticos y programa de seguridad del paciente.				SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos				Procesos y procedimientos aplicados en el servicio farmacéutico			
realizar retroalimentación al personal de la farmacia y asistencial de los temas tratados.				SI	Se asiste oportunamente a reuniones programadas				Planilla de asistencia			
Verificar al desempeño de los auxiliares de farmacia a cargo y emitir los respectivos informes al químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico				SI	Se informa oportunamente las fallas en el desempeño de los auxiliares de farmacia				Acta de reunión			
Responder asistencial y administrativamente por los inventarios de medicamentos y dispositivos médicos que le sean asignados				SI	Se responde de acuerdo a la necesidad del servicio				Inventario general			
Conocer y dar cumplimiento a la documentación propia del servicio farmacéutico (manual de procesos y procedimientos)				SI	Dentro de los servicios se implementan los procesos y procedimientos				Procesos y procedimientos que aplican a la farmacia			
planes de mejoramiento relacionados con los procesos del servicio farmacéutico.				SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos				Acta de reunión			
Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el químico farmacéutico y/o coordinador de la farmacia.				SI	Se cumple oportunamente con las directrices emitidas por el Químico Farmacéutico				Se siguen directrices			
OBSERVACIONES:												
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1,686,053 (UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y TRES PESOS)												
Angelica Mayerly Acosta Bustos 53084416 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:				Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 30-09-2018 Rodolfo Sotillo								
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.												



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-sep-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ACOSTA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BUSTOS	NOMBRES ANGELICA MAYERLY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53084416	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ * NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 24 MES NOV AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL 8A # 92-72 CASA 198 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7330906 EMAIL mayis.pau@hotmail.com

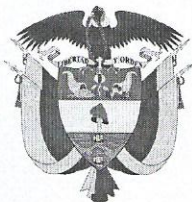
2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2002



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-sep-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SOLMEDICAL SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD adminbogota@solmedical.com	
TELÉFONOS 3176650642	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 2 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 7 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Responsable tecnico	DEPENDENCIA Farmacia	DIRECCIÓN Cra 13 # 94a-25	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN NEUMOLOGICA COLOMBIANA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD neomologica@neomologica.org	
TELÉFONOS 3173930683	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 12 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 1 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO REGENTE DE FARMACIA	DEPENDENCIA FARMACIA	DIRECCIÓN CRA 13B # 161-85	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

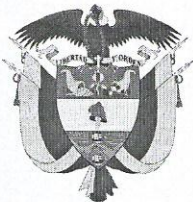
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	5

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ____ NO ____ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

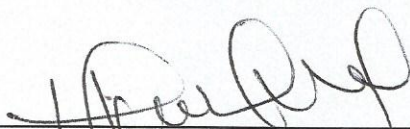
ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP 
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-sep-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 53084416 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CLL 8A # 92-72 CASA 198

Teléfonos 3142622168 7330906

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA PAULA GIRALDO ACOSTA	1014739094	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 12.416.643,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 4.620.000,00
TOTAL	\$ 17.036.643,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	04589054569	KENNEDY	\$ 10.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	050C01629288	\$ 110.000.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



Última Actualización: 17-sep-2018

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

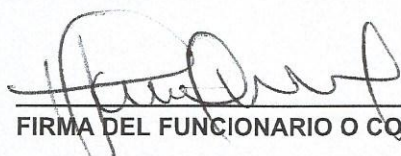
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **53084416** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

CC 53084416

NOMBRES Y APELLIDOS

ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS

TIPO DE AFILIADO

TITULAR

PARENTESCO

TITULAR

ESTADO DE AFILIACIÓN

TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL

CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN

COBERTURA INTEGRAL

FECHA DE INGRESO A EPS SURA

01-11-2016

FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA

VIGENTE

SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA

93

SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS

0

SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO

50

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación:

17/09/2018

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR
SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Línea de Atención Desde Medellín 448 61 15 Resto del país 018000 519 519

www.epssura.com



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53,084,416**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 53084416 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 05/09/2018

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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 SEVICIOS 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 SEVICIOS 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%

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

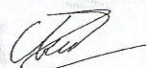
Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

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: C530844161826030630

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:

17/09/2018 8.30 AM