Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-12-01	**Hasta:**	2022-12-31	
Nombre del Contratista:	DIEGO ESTEBAN PARDO GUEVARA		**Número de Documento:**	1003586651	
Correo Electrónico:	diez.pa25@gmail.com		**Número Telefónico:**	3118536469	
Nombre del Supervisor:	CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO	**Cargo:**	DIRECTOR DE CONTRATACION	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8048-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	3433
Perfil:	TECNOLOGO ADMINISTRATIVO I				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R30SA	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	ADMINISTRATIVA	$2554000	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2554000**	**DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-12-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-12-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-12-01	2023-01-31	1	$ 0	0

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2554000	**$ 2554000**	**$ 0**	**$ 2554000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1) Realizar informes con destino a los Entes de Control y demás Entidades que así lo requieran dentro de los términos establecidos para el efecto.	-ACTIVIDAD NO REALIZADA EN EL MES	-NO APLICA
2	2) Realizar las estrategias con el fin de disminuir los hallazgos resultantes de auditorías internas y externas, relacionados con la Dirección de Contratación.	-ACTIVIDAD NO REALIZADA EN EL MES	-NO APLICA
3	3) Diseñar procedimiento de auditorías de autocontrol al proceso de gestión contractual.	-ACTIVIDAD REALIZADA EN LAS DILIGENCIAS CONTRACTUALES EJECUTADAS EN EL TRANSCURSO DEL MES, DILIGENCIAMIENTO DE MINUTAS DE ADICIÓN Y PRORROGA DE CONTRATOS	-MAGNETICO
4	4) Apoyar la implementación de auditorias de autocontrol al proceso de gestión contractual.	-ACTIVIDAD REALIZADA EN LAS DILIGENCIAS CONTRACTUALES EJECUTADAS EN EL TRANSCURSO DEL MES, DILIGENCIAMIENTO DE MINUTAS DE ADICIÓN Y PRORROGA DE CONTRATOS	-NO APLICA
5	5) Realizar seguimiento a las acciones de mejora implementadas para disminuir los hallazgos y las acciones de autocontrol.	-DÍA TRAS DÍA SE HACE EL DEBIDO SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y DE ESTA MANERA IR DISMINUYENDO LOS HALLAZGOS DE POSIBLES ERRORES	-NO APLICA
6	6) Apoyar el diseño e implementación de un aplicativo de gestión contractual, que permita la consulta del estado de los procesos de contratación.	-ACTIVIDAD NO REALIZADA EN EL TRANSCURSO DEL MES	-NO APLICA
7	7) Apoyar modificación y/o actualización del Estatuto de Contratación, Manual de contratación y Supervisión de LA SUBRED SUR - E.S.E.	-ACTIVIDAD NO REALIZADA EN EL TRANSCURSO DEL MES	-NO APLICA
8	8) Llevar el control y seguimiento de las respuestas con destino a los Entes de Control y demás Entidades que así lo requieran.	-ACTIVIDAD NO REALIZADA EN EL TRANSCURSO DEL MES	-NO APLICA
9	9) Realizar el Apoyo operativo a la ejecución del proceso de gestión contractual en la etapa pre, con y post-contractual. 3) Elaborar minutas, modificaciones adiciones y prorrogas según reparto.	-SE REALIZA APOYO EN LA ELABORACIÓN DE 45 VERIFICACIONES JURÍDICAS, ELABORACIÓN DE 6 MINUTAS DE ADICIONES, ELABORACIÓN DE 2 MINUTAS DE ADICIÓN Y PRORROGA, VERIFICACIÓN DE 3 ESTUDIOS DE NECESIDAD, ELABORACIÓN DE 1 AVISO DE CONTROL SOCIAL, ELABORACIÓN DE 1 MINUTA DE LIQUIDACIÓN	-FÍSICO Y MAGNETICO
10	10) Revisar las garantías del proceso de gestión contractual.	-ACTIVIDAD NO REALIZADA EN EL TRANSCURSO DEL MES	-NO APLICA
11	11 Elaborar respuesta a peticiones según reparto.	-ACTIVIDAD NO REALIZADA EN EL TRANSCURSO DEL MES	-NO APLICA.

© Slasur - 2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12) Crear y hacer seguimiento a los procesos contractuales en la Plataforma Transaccional-Secop II.	-SE HA VENIDO HACIENDO SEGUIMIENTOS DE LOS 2 PROCESOS A MI CARGO EN LA PLATAFORMA SECOP II	-MAGNETICA
13	13) Las demas que le sean asiganadas por el Supervisor del entrato de acuerdo al perfil.	-SE HA REALIZADO APOYO A LAS DIFERENTES ÁREAS QUE INTEGRAN LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	-MAGNETICO
14	14) Apoyar a la Dirección de Contratación de LA SUBRED SUR - E.S.E. en la implementación de los Retos, planes, procesos, procedimientos y estrategias de Gestión Contractual.	-ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE TODO EL MES EN CADA UNA DE LAS ASIGNACIONES A MI CARGO	-MAGNETICA

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	39500003025

DIEGO ESTEBAN PARDO GUEVARA
1003586651

CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO
DIRECTOR DE CONTRATACION

© Slasur - 2022

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

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

160385527

FORMULARIO

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ✓ B. Colectiva D. De Oficio; Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo ✓ B. Subsidiad

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PARDO	GUEVARA	DIEGO	ESTEBAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD; RC CC ✗ PA SC	1003586651	Femenino Masculino ✗	13 08 2000

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	Colpensiones	1'000.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 4 Sur No 24A - 15 Mz 6 Casa 16 Remansos De Rosa Blanca	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3118536469	diez.pa25@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Villavicencio	Urbana ✗ Rural	Villavicencio	Meta

D. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE COTIZANTE

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD; RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	32. Datos de Residencia Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afil Adicional (a registrar por la
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
C Villavicencio	

Independiente 3 | CC | PA | CD |

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 colectiva
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen 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

VI. DATOS DEL AFILIADO

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sin Eps Registrado	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 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 internación 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.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad 1 — TOTAL 5
- [ ] 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 sentenc 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padre
- [x] 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.

X. DATOS A DILIGENCIAR POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

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: Usuario retirado de regimen de excepción conector #7115503 Conector Bd ex 7115503 Cotizante 3 por Contrato de prestación de Servicios

E.P.S. Sanitas — RECIBIDO A LA VERIFICACIÓN

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.

Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis da personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2(y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informac inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistem Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o persona crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a cono transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis da personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de segu compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pu acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.epssanitas.com. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualiza contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: X

Nombre: Diego Esteban Pardo Guevara

Identificación: CC 1003586651

Fecha: 28 Nov 2022

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 830.251.410-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado Diego Esteban Pardo Guevara

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI

X

Firma del Afiliado
Documento de Identidad CC 1003586651

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cé de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

ARL | sura

Medellín, 15 de diciembre de 2022

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

CERTIFICA:

Que DIEGO ESTEBAN PARDO GUEVARA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1003586651 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/12/2022 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - ADMINISTRATIVO

CLASE: 2 **PORCENTAJE:** 1,044% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
2862101 - ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN, INCLUYE CONSULTA Y TRATAMIENTO MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO REALIZADA POR MÉDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y CIRUJANOS; LOS SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICA A PACIENTES INTERNOS EJERCIDA POR MÉDICOS NO VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10035866512234931178

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

Dirección IP: 190.24.146.202, 192.230.104.4, 172.16.42.57