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:**	2023-07-25	**Hasta:**	2023-07-31	
Nombre del Contratista:	JUAN CARLOS BELTRAN TORRES		**Número de Documento:**	1022985175	
Correo Electrónico:	juanski21@gmail.com		**Número Telefónico:**	3233239483	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6660-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	2181
Perfil:	BACHILLER Y-O - TECNICO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI0022	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$430535	116.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 430535**	**CUATROCIENTOS TREINTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y CINCOPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-07-25	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-09-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4428365	**$ 4428365**	**$ 0**	**$ 4428365**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	Dinamizar las órdenes o canalizaciones generadas por las duplas cuidadoras del Territorio, así mismo, deben ser el contacto con las familias y líderes comunitarios asignados con el fin de identificar novedades o prioridades que ingresan	-Dinamizar las órdenes canalizadas generadas por las duplas cuidadoras del territorio así mismo el contacto con las familias y los lideres comunitarios asignados con el fin de identificar novedades y priorizados	-Drive, planilla o control de medicamentos y formulas
2	Identificar y actualizar la cartografía base de la población atendida con prioridad, Gestantes, Menor de 5 años, Mujeres en edad fértil con comorbilidad sin método de regulación de la fecundidad, Usuarios con patología crónica, Cuidador persona dependiente	-Identificar y actualizar la cartografía basen de la población atendida, gestantes, menor de 5 años, mujeres en edad fértil con comorbilidad sin método de regulación de la fecundidad, usuarios con patología crónica cuidador personal dependiere	-Cartografía de la zona
3	Gestionar las órdenes y canalizaciones al finalizar las intervenciones del día, debe recoger los datos de los usuarios que tuvieron órdenes de laboratorio, medicamentos, interconsultas y otras órdenes de apoyo diagnóstico y/o terapéutico, para entregarlas al profesional de apoyo del equipo del líder operativo territorial y dar continuidad con los servicios complementarios	-Recibir las ordenes e indicaciones medicas generadas por los profesionales gestionando las entregas al total de los usuarios	-Entrega de indicaciones medicas a usuarios a través de correos electrónicos y demás redes informativas y puerta a puerta de manera presencial
4	Garantizar la entrega de las órdenes médicas en físico o soportes documentales de los usuarios que no pudieron recibirlas por correo electrónico	-Garantizar las entregas de ordenes medicas y demás indicaciones medicas a todas los usuarios	-Se lleva control en archivo de órdenes efectivas entregadas
5	realizar la actualización de novedades. *Las demás actividades propias del objeto contractual.	-Reportar novedades de afiliación y realizar actualización de cartografía en las canalizaciones de ordenes e indicaciones medicas, verificando los casos de atención relevantes	-Subir los documentos de los usuarios para afiliación y comunicar con el respectivo líder de salud, diligencia base de datos y cargar los mapas actualizados

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24119900163

JUAN CARLOS BELTRAN TORRES
1022985175

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JUAN CARLOS BELTRAN TORRES Identificado con CC 1022985175

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SANTA LIBRADA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24119900163
Fecha de apertura:	17 de Enero de 2023
Saldo disponible:	$184.71
Saldo total a la fecha:	$184.71
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a Juan Carlos Beltran Torres, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 17 de Julio de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

Famisanar

NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA 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

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☐	☐
¿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?	☐	☐
¿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?	☐	☐
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	☐	☐

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACION y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013)*

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Juan Carlos Beltran Torres

Identificación: 1022985175

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) 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 aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de tramite	2. Tipo de Afiliacion	3. Regimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo
A. Afiliacion: X	A. Cotizante: X	A. Contributivo:	A. Cotizante: X	A. Dependiente:	
B. Traslado de EPS:	B. Beneficiario:	B. Subsidiado:	B. Cabeza de Familia:	B. Independiente: X	
	C. Beneficiario:		C. Pensionado:	C. Pensionado:	

II. A. AFILIACION B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres				
	Beltrán	Torres	Juan	Carlos
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Numero del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1022985175	Masculino: X Femenino:	11 04 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de poblacion especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condicion:	C16	C		

17. Ingreso base de cotizacion - IBC | 18. Residencia

Zona: Urbana X Rural:

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos basicos de identificacion del conyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino: Masculino:	

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Numero del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino: Masculino:		29. Parentesco	30. Etnia
A.	Beltran	Mojica	Sara	Valentina	TI	1025068711	X	15 12 2011	Hija	
B.										
C.										
D.										
E.										
F.										

	31. Discapacidad				32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Si	No	Tipo	Cod.	Nombre	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Municipio (o de ser el caso)
A.									
B.									
C.									
D.									
E.									
F.									

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institucion prestadora de servicios de salud - IPS	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C.		
B.		
D.		
E.		
F.		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razon social	36. Tipo de documento de identificacion	37. Numero del documento de identificacion	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicacion

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos basicos de identificacion

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Masculino: Femenino:		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Codigo:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de veracidad y aceptación de los cotizantes o afiliados adicionales

47. Declaración de libre elección de afiliación al Régimen Contributivo. Empleador o Empleado

48. Declaración de veracidad, autenticidad, de la(s) firma(s) impresa(s) en este formulario y en los documentos que anexan(n) a la solicitud de afiliación

49. Declaración de la información de los menores de edad, cotizante o cabeza de familia, para ser afiliados en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de los registros médicos del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

51. Autorización para que la EPS suministre la información que se genere en la prestación de servicios a los afiliados, a los entes encargados de la inspección, vigilancia y control

52. Autorización para que la EPS envíe información sobre productos y servicios de salud, a través de los canales de contacto suministrados por el cotizante o afiliado adicional, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información sobre productos y servicios de salud, a través de los canales de contacto suministrados por el cotizante o afiliado adicional, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

54. Autorización para que la EPS envíe información sobre productos y servicios de salud, a través de los canales de contacto suministrados por el cotizante o afiliado adicional, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

55. Anexa: Tipo de documento de identidad (Cotizante): CC | CE | PA | RC | TI | NIT | Otro | Total

56. Copia del Contrato de trabajo (para el empleador afiliado por la modalidad correspondiente)

57. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, en el caso de corresponder a personas que declare tener a su cargo (hijos)

58. Copia de la tarjeta de identidad o cedula de ciudadanía del cotizante, beneficiario o afiliado adicional que declare tener a su cargo, en el momento de la afiliación

59. Copia del certificado de afiliación expedido por la EPS anterior

60. Copia de la cedula de ciudadanía del cónyuge o compañero(a) permanente

61. Copia del documento de identidad del padre o madre que reconoce al menor de edad

62. Copia de la cedula de ciudadanía del padre o madre que reconoce al menor de edad

63. Copia de la cedula de ciudadanía del padrastro o madrastra

64. Copia de la cedula de ciudadanía del padre o madre que reconoce al menor de edad

65. Copia del acto administrativo o documento de las autoridades competentes en el cual conste la calidad de representante legal o tutor de la afiliación de menor

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificacion de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicacion	69. Fecha de validacion
	Codigo del departamento: Municipio: Puntaje:		

70. Datos del funcionario que realiza la validacion

71. Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	OBSERVACIONES

71. Firma del funcionario

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN CARLOS BELTRAN TORRES identificado(a) con CC. 1022985175 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2019/04/06**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 17 días del mes de 07 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS BELTRAN TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.985.175**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Julio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL | sura

Medellín, 25 de julio de 2023

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

CERTIFICA:

Que JUAN CARLOS BELTRAN TORRES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022985175 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 26/07/2023 **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: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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%

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:
C10229851752320671761