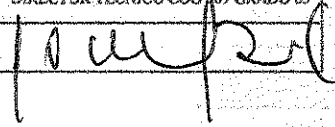
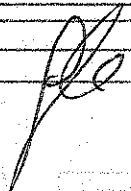


<div><div><div></div><div>Secretaría de Salud</div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud</div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div></div> <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO</div> <div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 03</div> <div>FECHA: 2021-12-27</div>																																																																																																																																									
I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO																																																																																																																																									
No. CONTRATO - OPS:	PS 5079 2023	C.D.P. No.:	875	Proceso que pertenece:	MISIONAL																																																																																																																																				
				Servicio al que pertenece:	DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO																																																																																																																																				
				Unidad a la que pertenece:	PRIMERA DE MAYO																																																																																																																																				
Nombre del Contratista:	Ana Valentina Gutiérrez Méndez			C.C.	1.070.623.466																																																																																																																																				
				de:	Girardot																																																																																																																																				
Fecha Inicio:	2023-04-10	Fecha Terminación inicial:	2023-05-02	Valor Mensual:	\$ 2.471.871																																																																																																																																				
				Valor a cobrar:	\$ 2.471.871																																																																																																																																				
<table><tr><th>ADICIÓN OTRO SI</th><th>VALOR ADICIÓN</th><th>CDP</th><th>FECHA DE INICIO</th><th>FECHA DE TERMINACIÓN</th></tr><tr><td>1</td><td>\$ 2.307.080</td><td>1240</td><td>2023-05-03</td><td>2023-05-31</td></tr><tr><td>2</td><td>\$ 2.471.871</td><td>1545</td><td>2023-06-01</td><td>2023-06-30</td></tr><tr><td>3</td><td>\$ 2.471.871</td><td>2156</td><td>2023-07-01</td><td>2023-08-05</td></tr><tr><td>4</td><td>\$ 2.471.871</td><td>2359</td><td>2023-08-06</td><td>2023-08-31</td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	1	\$ 2.307.080	1240	2023-05-03	2023-05-31	2	\$ 2.471.871	1545	2023-06-01	2023-06-30	3	\$ 2.471.871	2156	2023-07-01	2023-08-05	4	\$ 2.471.871	2359	2023-08-06	2023-08-31	5					6					7					8					9					10					11					<table><tr><th>N° CTA</th><th>MES DE CUENTA DE COBRO</th><th>VALOR A PAGAR</th><th>VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL</th><th>NÚMERO DE PLANILLA</th><th>FECHA DE PAGO PLANILLA</th></tr><tr><td>1</td><td>ABRIL</td><td>\$ 1.647.914</td><td></td><td>NO APLICA</td><td>NO APLICA</td></tr><tr><td>2</td><td>MAYO</td><td>\$ 2.471.871</td><td>\$ 231.500</td><td>9450601627</td><td>2023-05-09</td></tr><tr><td>3</td><td>JUNIO</td><td>\$ 2.471.871</td><td>\$ 330.600</td><td>9452088502</td><td>2023-06-09</td></tr><tr><td>4</td><td>JULIO</td><td>\$ 2.471.871</td><td>\$ 330.600</td><td>9452967160</td><td>2023-07-11</td></tr><tr><td>5</td><td>AGOSTO</td><td>\$ 2.471.871</td><td>\$ 358.900</td><td>9454162310</td><td>2023-07-31</td></tr><tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA	1	ABRIL	\$ 1.647.914		NO APLICA	NO APLICA	2	MAYO	\$ 2.471.871	\$ 231.500	9450601627	2023-05-09	3	JUNIO	\$ 2.471.871	\$ 330.600	9452088502	2023-06-09	4	JULIO	\$ 2.471.871	\$ 330.600	9452967160	2023-07-11	5	AGOSTO	\$ 2.471.871	\$ 358.900	9454162310	2023-07-31	6						7						8						9						10						11					
ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN																																																																																																																																					
1	\$ 2.307.080	1240	2023-05-03	2023-05-31																																																																																																																																					
2	\$ 2.471.871	1545	2023-06-01	2023-06-30																																																																																																																																					
3	\$ 2.471.871	2156	2023-07-01	2023-08-05																																																																																																																																					
4	\$ 2.471.871	2359	2023-08-06	2023-08-31																																																																																																																																					
5																																																																																																																																									
6																																																																																																																																									
7																																																																																																																																									
8																																																																																																																																									
9																																																																																																																																									
10																																																																																																																																									
11																																																																																																																																									
N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA																																																																																																																																				
1	ABRIL	\$ 1.647.914		NO APLICA	NO APLICA																																																																																																																																				
2	MAYO	\$ 2.471.871	\$ 231.500	9450601627	2023-05-09																																																																																																																																				
3	JUNIO	\$ 2.471.871	\$ 330.600	9452088502	2023-06-09																																																																																																																																				
4	JULIO	\$ 2.471.871	\$ 330.600	9452967160	2023-07-11																																																																																																																																				
5	AGOSTO	\$ 2.471.871	\$ 358.900	9454162310	2023-07-31																																																																																																																																				
6																																																																																																																																									
7																																																																																																																																									
8																																																																																																																																									
9																																																																																																																																									
10																																																																																																																																									
11																																																																																																																																									
Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO																																																																																																																																					
	\$ 1.895.101	\$ 11.617.794	\$ 11.535.398	\$ 82.396																																																																																																																																					
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO																																																																																																																																									
OBJETO DEL CONTRATO																																																																																																																																									
PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DEL AREA DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 4730879/2023																																																																																																																																									
Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-08-01 Hasta: 2023-08-31																																																																																																																																									
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las actividades en la columna)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO																																																																																																																																							
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA																																																																																																																																					
1	Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que atraviese la ciudad en el momento.	Reporte de casos en la plataforma dispuesta por SED a demanda		Registro en el link indicado.																																																																																																																																					
2	Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico y activar la ruta de atención, incluyendo la RIA en situaciones críticas que afecten el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RIO P.	Se da cumplimiento como parte de protocolo de atención requerido a demanda.		* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario																																																																																																																																					
3	Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de brotes epidemiológicos en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	Se da cumplimiento por medio del registro y control de los reportes según el formulario correspondiente.		* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario																																																																																																																																					
4	Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	Se da cumplimiento por medio del registro y control de los reportes según el formulario correspondiente.		* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario																																																																																																																																					
5	Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, y vacunación, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	Se da acompañamiento según programación establecida a demanda.		* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario																																																																																																																																					
6	Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes.	Durante la vigencia a reportar, se participa en Jornadas de inducción y fortalecimiento de capacidades para el cumplimiento y desarrollo efectivo de las actividades asignadas en la ied.		Actas y listados de asistencia.																																																																																																																																					
7	Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST- y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, Emergencias y Cambio climático.	Se participa en los espacios convocados por las IED a demanda.		* Formato de actas de reunión / capacitación																																																																																																																																					
8	Actuar como primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio.	Se da cumplimiento mediante la atención según demanda de cada IED.		* Formato excel de seguimiento diario * Formulario google de reporte diario																																																																																																																																					
9	Realizar el reporte diario de actividades ejecutadas en la IED.	Se da cumplimiento mediante la entrega de los informes de cumplimiento de objetivos de manera mensual y conforma a los lineamientos establecidos.		* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario																																																																																																																																					
10	Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	Se da cumplimiento mediante el reporte en Aula Virtual.		Registro plataforma SED																																																																																																																																					

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 05 FECHA: 2021-12-27	
11	Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin.	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada	* Formato excel de seguimiento diario		
12	Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal CCH.PCCNTR.4730879/2023 que hace parte integral del presente contrato.	Se da cumplimiento mediante la asistencia diaria a las IED asignadas y a los espacios convocados.	* Formato excel de seguimiento diario * Actas y listado de asistencia		
Observaciones:		 Firma del Contratista			
Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera venenida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.					
		C.C.	1.070.623.466	de	Girardot

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS N° 1	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTOR TECNICO COG 009 GRADO 05
FIRMA:	

VISTO BUENO JEFE DE PROYECTO	
	

Cuenta de cobro 005 - 2023

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT No. 900.959.051-7**

DEBE A:
ANA VALENTINA GUTIERREZ MENDEZ
C.C. 1070623466 de Girardot

LA SUMA DE:

**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS
SETENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE (\$2.471.871)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 5079 2023 correspondiente del 01 al 31 de Agosto de 2023. ✓

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS ÁREAS DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 4730879/2023

Cordialmente,



ANA VALENTINA GUTIERREZ MENDEZ
C.C. 1070623466 de Girardot
Teléfono: 320 896 3627
No Cuenta 035551308 Ahorros Banco de Bogotá

Fecha: 31 de Agosto de 2023

CONVOCATORIA DE CONCURSO

SE CONVOCAN A PARTICIPAR EN EL CONCURSO DE DISEÑO DE UN PLAN DE MANEJO DEL RECURSO AGUAS SUBTERRANEAS DEL MUNICIPIO DE SAN CARLOS, ESTADO DE GUATEMALA

CONVOCATORIA
ADMINISTRATIVA
DE MANEJO DE AGUAS SUBTERRANEAS

LA MUNICIPALIDAD

DE SAN CARLOS, GUATEMALA, Y LA COMISION DE AGUAS SUBTERRANEAS DEL MUNICIPIO DE SAN CARLOS, GUATEMALA, CONVOCAN A PARTICIPAR EN EL CONCURSO DE DISEÑO DE UN PLAN DE MANEJO DEL RECURSO AGUAS SUBTERRANEAS DEL MUNICIPIO DE SAN CARLOS, ESTADO DE GUATEMALA

El presente documento

se publica en el sitio web de la Municipalidad de San Carlos, Guatemala, y en el sitio web de la Comision de Aguas Subterraneeas del Municipio de San Carlos, Guatemala, para que los interesados puedan conocer los detalles del concurso y participar en el mismo.

El presente documento es de uso exclusivo de los interesados y no debe ser distribuido o publicado en ningun otro medio de comunicacion. La responsabilidad de la veracidad y exactitud de la informacion contenida en este documento es de la Municipalidad de San Carlos, Guatemala, y de la Comision de Aguas Subterraneeas del Municipio de San Carlos, Guatemala.

En San Carlos, Guatemala, a los 15 dias del mes de mayo del 2019.

ALCAIDE MUNICIPAL DE SAN CARLOS, GUATEMALA

ALCAIDE MUNICIPAL DE SAN CARLOS, GUATEMALA

ALCAIDE MUNICIPAL DE SAN CARLOS, GUATEMALA

ALCAIDE MUNICIPAL DE SAN CARLOS, GUATEMALA

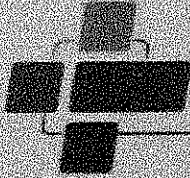
El presente documento es de uso exclusivo de los interesados y no debe ser distribuido o publicado en ningun otro medio de comunicacion.

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 1076623466		GUTIERREZ MENDEZ ANA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 35 SUR # 13 J 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago				
2023-07	1000001544	9454162310	1	2023/08/16	2023/07/31	BANCO DE BOGOTA	0		\$358,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600	
PROTECCION	730201	800,229,739	0	1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,300	\$0	\$0	\$28,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$28,300	\$0	\$0	\$28,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000	
SANTITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000	
TOTAL			1	1	\$358,900	\$0	\$0	\$358,900	

Página 1 de 2



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA OPS

1 Tipo de Documentos:

☐ CC

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA OPS

Se registró la información con éxito

Aceptar

3 Primer Nombre

Requerido

4 Segundo Nombre

Requerido

5 primer Apellido

Requerido

6 Segundo Apellido



Medellín, 10 de agosto de 2023

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

CERTIFICA:

Que ANA VALENTINA GUTIERREZ MENDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1070623466 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/04/2023

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE - N900959051

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, FONOAUDIOLÓGIA, 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 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN 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, FONOAUDIOLÓGIA, 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

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, FONOAUDIOLÓGIA, 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:

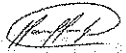
Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

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.artsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10706234662322263313

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. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el

10/08/2023 5:35 PM