ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	6
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Cristhian Felipe Yarce Barragán				

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCIÓN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	**CONTRATO No.** **4887965**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 27/04/2023 Fecha de Terminación: 26/01/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Nueve (9) Meses **PRÓRROGA:** Treinta y cuatro (34) días
CONTRATISTA: **LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES**		Fecha de Inicio (Prórroga): 27/01/2024 Fecha de Terminación (Prórroga): 29/02/2024 **SUSPENSIÓN:** No aplica
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **SOL YIBER BELTRAN AGUILERA** **Subdirector Técnico Código 68 Grado 06**		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): **PERIODO DEL INFORME:** 01/12/2023 – 31/12/2023
OBJETO DEL CONTRATO: 301-012100_7828 Prestar servicios profesionales de apoyo al grupo de control y fiscalización en la gestión de atención a la operación y trámites para el manejo de medicamentos de control especial, de conformidad con las disposiciones de la resolución 1478 de 2006 y 315 de 2020 en la Subsecretaria de Salud Pública.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 56.346.840,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 7.095.528,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 50.920.848,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.620.760,00
SALDO POR EJECUTAR:	$ 12.521.520,00

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Apoyar el diseño de los procedimientos relacionados con los trámites regulatorios asociados al manejo de medicamentos controlados, realizando el análisis técnico a las solicitudes de tramites de inscripción, ampliación, renovación, modificación y/o cancelación de autorizaciones para el manejo de medicamentos de control especial, de conformidad con las disposiciones de la resolución 1478 de 2006 y 315 de 2020.	1.1 Asistí y participé en reunión de seguimiento al avance en las actividades del grupo de fiscalización de medicamentos de control especial, verificando cumplimiento de compromisos frente a las actividades encaminadas a trámites relacionados con medicamentos de control especial. 1.2. Reunión de preparación capacitación clínicas y consultorios veterinarios de la Universidad Nacional, el cual corresponde a un compromiso adquirido en el comité	1.1. Acta de reunión 01/12/2023 1.2 Acta de reunión 04/11/2023

	interno de vigilancia en salud ambiental del mes noviembre. 1.3 Asistí y participé en asistencia técnica realizada a clínicas y consultorios veterinarios de la Universidad Nacional, para fortalecimiento de capacidades frente al manejo de medicamentos de control especial. 1.4 Elaboración de presentación (archivo Power Point) con avances de actividades desde el equipo de control y fiscalización. 1.5 Asistí y participé a reunión con la subdirección de gestión y evaluación de políticas públicas y el Fondo Nacional de Estupefacientes para socialización de los avances realizados en la Secretaría para el inicio de trámites de actos administrativos y creación del Fondo Rotatorio de Estupefacientes 1.6 Asistí a reunión con área de calidad para la revisión de puntos de control del manual diseñado para los trámites de actos administrativos relacionados con medicamentos de control especial 1.7 Consolidé información de actividades de avance por parte del grupo de control y fiscalización de medicamentos de control especial para alimentar el SEGPLAN mes noviembre 2023, como aportes a conformación del Fondo Rotatorio de Estupefacientes 1.8 Realicé el diseño del formato para registro de temperatura y humedad relativa, que será para implementación en el depósito de drogas que hace parte del Fondo Rotatorio de Estupefacientes	1.3 Listado de asistencia 05/12/2023 1.4 Soporte de entrega 07/12/2023 1.5 Acta de reunión 11/12/2023 1.6 Acta de reunión 13/12/2023 1.7 Soporte de envío por correo electrónico 18/12/2023 1.8 Soporte de envío por correo electrónico 14/12/2023
2. Efectuar el proceso de registro e inscripción para el manejo de las sustancias, medicamentos o cualquier otro producto que las contenga contemplando las modalidades señaladas en los numerales 11-14 del art.9 de la resolución 315 de 2020 a través de la emisión del correspondiente acto administrativo	No se desarrolló esta actividad	No aplica

3. Acompañar y gestionar los procesos de comunicación con el Fondo Nacional de Estupefacientes FNE, relacionados con la inscripción, control y fiscalización de sustancias y medicamentos de control especial de uso humano y veterinario para los establecimientos farmacéuticos de competencia de la Secretaría Distrital de Salud.	No se desarrolló esta actividad	No aplica
4. Mantener actualizado el sistema de información establecido para el seguimiento del manejo de medicamentos de control especial, realizando el análisis según la necesidad	No se desarrolló esta actividad	No aplica
5. Apoyar al equipo de la línea de Medicamentos Seguros de la Subdirección de Vigilancia en Salud Publica, así como otras dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, relacionadas con el trámite de autorización y vigilancia de los establecimientos farmacéuticos de competencia de la Secretaría Distrital de Salud.	5.1. Asistencia a jornada de socialización de actas de IVC a tiendas naturistas 5.2 Asistencia a jornada de socialización de actas de IVC a gremio de droguerías 5.3 Apoyo en la elaboración y consolidación de observaciones de acta de reunión.	5.1. Listado de asistencia 20/12/2023 5.2 Acta de reunión 21/12/2023 5.3. Soporte de envío a referente de la línea medicamentos seguros 28/12/2023
6. Participar en la respuesta a urgencias y emergencias en salud pública, así como asistir a las reuniones, espacios de participación (institucional, sectorial, intersectorial o comunitaria) o actividades misionales de carácter especial de la Subsecretaría relacionadas con el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.	6.1 Asistí a comité de vigilancia distrital COVE del mes diciembre. 6.2 Asistí a reunión de código de integridad 6.3 Asistí a comité distrital de Vigilancia en Salud Ambiental. 6.4 Asistí a comité interno de la subdirección de Vigilancia en Salud Ambiental 6.5 Asistí a comité de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	6.1 Soporte teams 06/12/2023. 6.2 Soporte teams 06/12/2023 6.3 Listado de asistencia técnica 12/12/2023 6.4 Listado de asistencia técnica 12/12/2023 6.5 Listado de asistencia Hoja 2 fila 9 12/12/2023
7. Realizar los aportes y gestiones necesarias para la respuesta oportuna y de calidad a solicitudes internas o externas, peticiones ciudadanas, de entes de control o informes periódicos, dando cumplimiento al marco normativo o técnico. Así como aportar al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que incluye el reporte a proyectos de inversión del Plan de Desarrollo de Bogotá (SEGPLAN), y del Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD) así como la gestión documental.	7.1 Generación de respuesta a SDQS No. 5260902023 7.2 Realicé respuesta a solicitudes recibidas mediante aplicativo agilsalud. • RAD 2023-ER-40492 • RAD 2023-ER-41478 • RAD 2023-ER-39759 7.3 Generé respuesta a SDQS No. 5412682023	7.1 Soporte de entrega correo electrónico 11/12/2023 7.2 Soporte agilsalud diciembre 7.3. Soporte de entrega correo electrónico 19/12/2023

	7.4 Realicé respuesta a solicitudes recibidas mediante aplicativo agilsalud • RAD 2023-ER-42621 • RAD 2023-ER-43509	7.4. Soporte ágilsalud diciembre

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado: NO APLICA
DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	**SANITAS**	Empresa:	**PROTECCIÓN**	Empresa:	**SURA**
				Nivel Riesgo:	3
Suma cancelada:	$ 314.800	Suma cancelada:	$ 402.800	Suma cancelada:	$ 61.400
No Planilla:	73199239	No Planilla:	73199239	No Planilla:	73199239
Mes(es) cancelado(s):	11/2023	Mes(es) cancelado(s):	11/2023	Mes(es) cancelado(s):	11/2023

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÒN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	NO APLICA	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	NO APLICA	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	NO APLICA

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES**
	FIRMA:  Firmado digitalmente por Leidy Judith Rodríguez Nieves Fecha: 2023.12.28 11:38:43 -05'00'
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.010.162.327

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 80.26% % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** NO APLICA

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	***Descripción del Riesgo***	***¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)***		***Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)***
		SI	***NO***	
2	Que se presenten nuevos lineamientos gubernamentales		*X*	*N/A*
8	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		*X*	*N/A*
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*X*	*N/A*
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		*X*	*N/A*
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional para aquellas profesiones que así lo establecen		*X*	*N/A*
12	Retraso en el cumplimiento del objeto contractual y en la ejecución de las obligaciones específicas del mismo		*X*	*N/A*
13	No iniciar los procesos administrativos de imposición de multas, sanciones o incumplimientos de manera oportuna.		*X*	*N/A*

SUPERVISOR	**SOL YIBER BELTRAN AGUILERA** **Subdirector Técnico Código 68 Grado 06**
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **MAURICIO ARTURO ALARCÓN SERRANO**
	FIRMA: Firmado digitalmente por Mauricio Arturo Alarcon Serrano Fecha: 2023.12.29 08:26:28 -05'00'

NOTAS:

** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2023

ORDEN DE PAGO

No: 323805

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 14/12/2023
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	05-DEC-23

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CRA 72 H BIS 38D 49 SUR	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1010162327	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA	Cuenta No/Clase:	66146097201/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	4887965	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO4887965-PL SP_VIG -NOVIEMBRE 2023-PERIODO DE:01-nov 30-nov-2023

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-010-09-78280000-291020051	01	12013	$6.260.760,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1719	O2-3-01-16-010-09-78280000-291020051	2374	Contratacion del Recurso Humano	$6.260.760,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS	$6.260.760,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.260.760,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.485.860,00	2-4-36-27-0001	$42.022,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$4.114.395,00	2-4-36-15-0001	$16.198,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.260.760,00	2-4-36-90-0003	$31.304,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.260.760,00	2-4-36-90-0007	$125.215,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$214.739,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL VEINTIUN PESOS	$6.046.021,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA
GESTION DE PAGOS

ANGELICA YADIRA BRAVO ARANDIA
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010162327	LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES	KR 72 H BIS No. 38 D - 49 SUR	9241356	leidyrodriguez39@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	12/12/2023	73199239	$829.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	313.200	0		0		0	5	1.600	0	314.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	400.800	0	0	0	0	5	2.000	0	402.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	61.100				61.100	5	300	61.400			611	61.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	50.100	5	300	50.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	313.200	314.800
Pensión	1	400.800	402.800
Riesgos Laborales	1	61.100	61.400
CCF	1	50.100	50.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	825.200	829.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010162327	LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES	KR 72 H BIS No. 38 D - 49 SUR	9241356	leidyrodriguez39@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	12/12/2023	73199239	$829.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010162327	RODRIGUEZ NIEVES LEIDY JUDITH	59	0			N																	230201	2.505.000	400.800	0	0	0	0	EPS005	2.505.000	313.200	14-11	2.505.000	3	61.100	CCF21	2.505.000	50.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Medellín, 14 de diciembre de 2023

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

CERTIFICA:

Que LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1010162327 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/04/2023 **Fecha fin cobertura:** 10/02/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD N800246953

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841301 - REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, INCLUYE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE PROGRAMAS DESTINADOS A AUMENTAR EL BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD EN MATERIA DE: SALUD, EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE, SERVICIOS RECREATIVOS, MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE VIVIENDA, TALES COMO MINISTERIOS, SUPERINTENDENCIAS Y COMISIÓN DE REGULACIÓN ENTRE OTROS

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000009 - VACUNACION -VERIFICADORES R3

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

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: C10101623272334837133

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 14/12/2023 10.18 AM