

|                                                                                   |                                                   |  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                               |            |                               |               |          |
|-------------------------|-------------------------------|------------|-------------------------------|---------------|----------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                        | 2025-10-10 | Hasta:                        | 2025-10-21    |          |
| Nombre del Contratista: | PAULA ANDREA CALDERON HUERTAS |            | Número de Documento:          | 1023961273    |          |
| Correo Electrónico:     | paulaandrea8_10@hotmail.com   |            | Número Telefónico:            | 3223086464    |          |
| Nombre del Supervisor:  | MARCELA FRANCO GUTIERREZ      | Cargo:     | ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 | Código Grado: | - 243-20 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |      |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                  | 7881-2025                                | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 1440 |
| Perfil:                        | AUXILIAR EN ENFERMERIA                   |               |      |                       |      |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |               |      |                       |      |
| Unidad de Servicios:           | USS CANDELARIA LA NUEVA                  |               |      |                       |      |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                          |                                                           |              |                          |            |          |                                |
|------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                    | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total    | Procentaje(%) Centro de Costos |
| U09SA                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | ADMINISTRATIVA                                            | 50           | 0                        | 11519      | \$575950 | 67.2%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 575950                                | QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTAPESOS |              |                          |            |          |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                          |                                           |                    |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-10-10               | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-12-31         |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO          | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS                          | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 5999112                          | \$ 5999112               | \$ 0                                      | \$ 5999112         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)                                            | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN       | PRODUCTO O EVIDENCIA                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1 Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI | -Realizar proceso de verificación, observación e información según curso de vida | -Se Genera canalizar con solicitud específica. |

Carretera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                 | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                                                                                                                   | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2                                                              | Mantener y monitorear la cadena de frío con control diario de temperatura (dos veces al día) en los contenedores de los biológicos (termos y/o neveras) e informar a tiempo cualquier eventualidad y los registros que aplique. | Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental.                                                                                                                                                       | -Acta de participación y asistencia                                                                                                                       |
| 3                                                              | Aplicar el inmunobiológico con técnica de asepsia y antisepsia, explicando al usuario propósito de la vacuna, y brindar educación en el cuidado de posibles signos y síntomas asociados.                                        | --Dar cumplimiento a las actividades brindadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplameación diaria.                                                                                                                                              | -Asistencia y participación en las actividades del día                                                                                                    |
| 4                                                              | Hacer el Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH, COVID19, y los demás que apliquen tanto para niños y o adultos, carné de vacunación niño/as, adultos.                                           | -Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extra mural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extra murales | -Formato SIS 150                                                                                                                                          |
| 5                                                              | Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica concentración (instituciones SDIS, SED, ICBF, lugares de alta concentración) del formato consolidado jardines y colegios cuando aplique                                              | -Entrega oportunamente clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos, protocolos,                                                                                                                                                                   | -Entrega de formatos en tiempo real                                                                                                                       |
| 6                                                              | Hacer el Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS (registro diario de vacunados) o registro en aplicativo PAI WEB previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital)                                   | -Asistencia y participación en cada una de las concentraciones proyectadas según micro plantación.                                                                                                                                                                  | -Acta de participación y asistencia                                                                                                                       |
| 7                                                              | Seguimiento y agendamiento telefónico a la población pendiente por vacunar y/o susceptibles, de acuerdo con la distribución de las bases de datos entregadas por el profesional                                                 | -Diligenciamiento táctico adecuado casa a casa: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura                                                                                            | -Formato diligenciado con calidad y veracidad.                                                                                                            |
| 8                                                              | Consolidar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS y localidad, validando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas.                                             | -Dar cumplimiento a las actividades brindadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplameación diaria                                                                                                                                                | -Asistencia y participación en las actividades del día                                                                                                    |
| 9                                                              | Llevar un adecuado inventario de lo inmunobiológicos a su cargo                                                                                                                                                                 | Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas.                                                                                                             | --Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas. |
| 10                                                             | Llevar un adecuado inventario de lo inmunobiológicos a su cargo                                                                                                                                                                 | -Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas.                                                                                                            | -Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas.  |
| 11                                                             | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                               | -NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                          | -NO APLICA                                                                                                                                                |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |         |               |     |     |                                                           |                            |                                                  |           |                |
|---------------------------------------------------------|---------|---------------|-----|-----|-----------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|-----------|----------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |         | Fecha de Pago |     |     | Número de Planilla                                        | Factura Electrónica        | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |           | \$ 575950      |
| AÑO                                                     | MES     | AÑO           | MES | DÍA | 9493632554                                                | -                          |                                                  |           |                |
| 2025                                                    | OCTUBRE | 2025          | 10  | 22  |                                                           |                            |                                                  |           |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |         |               |     |     | QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTAPESOS |                            |                                                  |           |                |
| Item                                                    |         |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                   | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |           | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |         |               |     | NO  | PORVENIR                                                  | \$ 569400                  | \$ 91104                                         | \$ 91200  |                |
| Salud                                                   |         |               |     |     | SALUD TOTAL                                               |                            | \$ 71175                                         | \$ 71200  |                |
| ARL                                                     |         |               |     | 3   | SURA                                                      |                            | \$ 13871                                         | \$ 13900  |                |
| Caja de Compensación                                    |         |               |     | NO  |                                                           | Total                      | \$ 165251                                        | \$ 176300 |                |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                       |                |         |               |                     |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------|---------------|---------------------|
| Entidad Bancaria    | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número Cuenta | de 0550488419857351 |

| HISTÓRICO                           |                               |                     |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                         | USUARIO                       | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | PAULA ANDREA CALDERON HUERTAS | 2025-10-22 12:04:49 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                | MARCELA GUTIERREZ FRANCO      | 2025-10-22 12:09:31 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN               | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO     | 2025-10-22 12:20:46 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

MARCELA FRANCO G.

MARCELA FRANCO GUTIERREZ  
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                               |                 |                    |                          |                     |          |                       |           |
|-----------------------------------|---------|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|---------------------|----------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1023961273                     |         | CALDERON HUERTAS PAULA ANDREA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CARRERA 13c NO 54-60 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3864040  | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                               |                 |                    |                          |                     |          |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                         |                 | Tipo               | Fecha                    |                     | Pago     |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                          | Planilla        | Planilla           | Limite                   | Pago                | Banco    | Dias Mora             | Valor     |
| 2025-10                           | 2025-10 | 1870734225                    | 9493632554      | I                  | 2025/11/20               | 2025/10/22          | NEQUI    | 0                     | \$176,300 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |                |        |           |           |          |        |           |           |          |      |     |        |         |       |           |           |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|----------------|--------|-----------|-----------|----------|--------|-----------|-----------|----------|------|-----|--------|---------|-------|-----------|-----------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION        |        |           |           | SALUD    |        |           |           | CCF      |      |     |        | RIESGOS |       |           |           | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo         | Dias   | IBC       | Aporte    | Codigo   | Dias   | IBC       | Aporte    | Codigo   | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias  | IBC       | Aporte    | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |            |                |        | \$569,400 | \$91,200  |          |        | \$569,400 | \$71,200  |          |      | \$0 | \$0    |         |       | \$569,400 | \$13,900  |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |                |        | \$569,400 | \$91,200  |          |        | \$569,400 | \$71,200  |          |      | \$0 | \$0    |         |       | \$569,400 | \$13,900  |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |                |        | \$569,400 | \$91,200  |          |        | \$569,400 | \$71,200  |          |      | \$0 | \$0    |         |       | \$569,400 | \$13,900  |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 1023961273 | CALDERON PAULA | 230301 | 12        | \$569,400 | \$91,200 | EPS002 | 12        | \$569,400 | \$71,200 | 0    |     | \$0    | \$0     | 14-11 | 12        | \$569,400 | \$13,900     | 0   |        | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |                |        | \$569,400 | \$91,200  |          |        | \$569,400 | \$71,200  |          |      | \$0 | \$0    |         |       | \$569,400 | \$13,900  |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |                          |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1023961273                 |    | CALDERON HUERTAS PAULA ANDREA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CARRERA 13c NO 54-60 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3864040  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |       |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco | Valor     |
| 2025-10                           | 2025-10 | 1870734225 |  | 9493632554 | I        | 2025/11/20 | 2025/10/22 | NEQUI | \$176,300 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$91,200        | \$0            | \$0                    | \$91,200      |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$91,200        | \$0            | \$0                    | \$91,200      |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$13,900        | \$0            | \$0                    | \$13,900      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$13,900        | \$0            | \$0                    | \$13,900      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$71,200        | \$0            | \$0                    | \$71,200      |  |
| SALUD TOTAL              | EPS002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$71,200        | \$0            | \$0                    | \$71,200      |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$176,300       | \$0            | \$0                    | \$176,300     |  |

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**PAULA ANDREA CALDERON HUERTAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.961.273**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



CERTIFICAQue el (la) señor(a) CALDERON HUERTAS PAULA ANDREA con documento de identidad C 1023961273, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Bogotá, desde Junio 16 de 2025.

Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vinculo laboral su cobertura en salud le será dada nuevamente por nosotros bajo el Régimen Contributivo.

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Se expide el día 7 de Octubre del 2025 atendiendo la solicitud del interesado.

### **CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO**

Cordialmente,

**Gerencia de Operaciones Comercial**

**SALUD TOTAL EPS S.A.**

Medellín, 07 de octubre de 2025

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

**CERTIFICA:**

Que PAULA ANDREA CALDERON HUERTAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1023961273 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 15/04/2025

**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, FONOAUDILOGÍA, 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 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, FONOAUDILOGÍA, 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, FONOAUDILOGÍA, 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 null (null %), 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.**

null

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:

07/10/2025 3.54 PM