


	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	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano			



DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Calidad de Servicios de Salud -Subdirección de inspección, vigilancia y control de servicios de salud.	CONTRATO No. 8446502	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 20/10/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD/FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: SETENTA Y SEIS (76) DÍAS PRÓRROGA: NO APLICA
CONTRATISTA: OSCAR LEONARDO GONZALEZ TRUJILLO		Fecha de Inicio (Prórroga): NO APLICA Fecha de Terminación (Prórroga): NO APLICA SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): MARIANA BARROS CADENA – SUBDIRECTORA TÉCNICO CÓDIGO 68 GRADO 06		Fecha de Inicio (Suspensión): NO APLICA Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): NO APLICA PERIODO DEL INFORME: 01/11/2025 – 30/11/2025.
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud para el apoyo en la implementación y fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de servicios de Salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 17.430.500
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 2.700.500
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 7.365.000
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 7.365.000

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. Realizar acciones y visitas de inspección, vigilancia y control a los	De conformidad a la programación asignada por la Subdirección de Inspección Vigilancia y	Ubicación: OneDrive Área dueña de dato: Subdirección Vigilancia y

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	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:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

<p>Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo a la asignación correspondiente y al anexo técnico, según las metas de la Subdirección, contribuyendo así, al logro de las mismas según la tipología de las visitas programadas, con el fin de verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y demás normatividad vigente.</p>	<p>Control de Servicios de Salud, se realizaron visitas de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo a la asignación correspondiente, con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), y la normatividad vigente.</p>	<p>Control de Servicios de Salud</p> <p>Carpeta de soporte de evidencias de visitas realizadas en link OneDrive:</p> <p>https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:x/r/personal/inv-ivc_saludcapital_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?source=doc%7B6EF2184B-35F5-43B7-87A2-6D21D68D4561%7D&file=%40_EVIDENCIAS_NOV_2025_OSCAR_GONZALEZ.xlsx&action=default&mobileredirect=true&wdOrigin=OUTLOOK-METAOS.FILEBROWSER</p> <p>Visitas de Licencia de Rx:7</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acta de IVC 2. Acta licencia Rx 3. Acta de reunión. <p>Total, de actividades de visita: 7</p>
<p>2. Ejecutar las actividades administrativas de competencia de la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, aportando evidencia documental que de cuenta de las acciones y visitas realizadas, de conformidad con lo establecido en el anexo técnico, las normas del SOGCS y las de inspección, vigilancia y control de servicios de salud.</p>	<p>Se dio cumplimiento al Anexo técnico según la necesidad o prioridad de los procedimientos que requiera la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.</p>	<p>Actas de las evidencias</p> <p>TRAMITES RX ID 8680,8690,8924,8933,8952,8955,8986,9084,9101,9107,9286,8761,9040,9085,9218,9275,9001,9014,9016,9080,9082,9127,9178,9215,9222,9270,9271,9278,9300,9299,9296,9281,9279,9106,9167</p> <p>Verificación de tramites RX:41</p>
<p>3. Asistir a las reuniones internas y/o externas, talleres ético-normativos dirigidos a la</p>	<p>Se elaboraron los oficios de respuestas, remisiones a investigación administrativa,</p>	<p>Actividades administrativas:15</p>

	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:	7	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano					

homologación de criterios para el ejercicio de las visitas de inspección, vigilancia y control y demás actividades programadas, de acuerdo con la coordinación que se efectuó con el supervisor del contrato.	formatos de entrega de carpetas, memorandos e informes de las visitas realizadas.	Revisión de tramites Rx
4. Asistir Realizar seguimiento y actualización a los diferentes sistemas de información manejados en la dependencia, bases de datos y expedientes digitales, que se generen en el marco de la ejecución del contrato, en los plazos establecidos y cuando haya lugar a ello.	reuniones, talleres ético-normativos y demás actividades programadas por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud — Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud.	RADICADO AGILSALUD: 2025-IE-47292 y número de documento: 304105

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.



INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	SURA	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	328.700	Suma cancelada:	420.700	Nivel Riesgo:	3
No Planilla:	90818527	No Planilla:	90818527	Suma cancelada:	64.100
Mes(es) cancelado(s):	OCTUBRE	Mes(es) cancelado(s):	OCTUBRE	No Planilla:	90818527
				Mes(es) cancelado(s):	OCTUBRE

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

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, SIAS, 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

	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:	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano



CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: OSCAR LEONARDO GONZALEZ TRUJILLO
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.024.590.119

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
<p>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 15,49 % de ejecución del contrato.</p>	OTRAS OBSERVACIONES: NO APLICA

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO				
<p>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:</p>				
N°	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	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a común o viceversa a cargo del contratista.		X	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista.		X	N/A
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen.		X	N/A

	NOMBRE Y APELLIDO: <u>MARIANA BARROS CADENA</u> Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud
	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: <u>RONALD TOVAR</u> Profesional Especializado Subdirección Inspección, Vigilancia y Control De Servicios De Salud
	FIRMA:

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

	<p>El presente informe es revisado por el apoyo a 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.</p>
--	---

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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024590119	OSCAR LEONARDO GONZALEZ TRUJILLO		CALLE 68 B SUR 63-55	7183792	ogonzalez18@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-10	2025-10	I	23/10/2025	90818527	\$866.100	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	328.700	0		0		0	0	0	0	328.700	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	420.700	0	0	0	0	0	0	0	420.700	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	64.100				64.100	0	0	64.100			641	64.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	52.600	0	0	52.600	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	328.700	328.700
Pensión	1	420.700	420.700
Riesgos Laborales	1	64.100	64.100
CCF	1	52.600	52.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	866.100	866.100

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024590119	OSCAR LEONARDO GONZALEZ TRUJILLO		CALLE 68 B SUR 63-55	7183792	ogonzalez18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

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	
2025-10	2025-10	I	23/10/2025	90818527	\$866.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1024590119	GONZALEZ TRUJILLO OSCAR LEONARDO	59	0			N																	25-14	2.629.200	420.700	0	0	0	0	EPS010	2.629.200	328.700	14-11	2.629.200	3	64.100	CCF24	2.629.200	52.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	07-NOV-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	OSCAR LEONARDO GONZALEZ TRUJILLO	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 68B 63 55 SUR BRR CASAGRANDE	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	1024590119	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	
			Cuenta No/Clase:	004800427264/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8446502	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO8446502-PLANILLA OGI_VIGENCIA-OCTUBRE 2025-PERODO DE:20-oct 30-oct-2025

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA
------------------------	----------

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
5938	02-3-01-17-019-03-20240137-233175051	6308	Contratación de Recurso Humano	\$2.700.500,00
VR BRUTO	DOS MILLONES SETECIENTOS MIL QUINIENTOS PESOS			\$2.700.500,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-03-20240137-233175051	01	12013	\$2.700.500,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	01-5-01-01-001	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$2.700.500,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$2.366.200,00	2-4-36-27-0001	\$18.125,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$1.774.650,00	2-4-36-15-0001	\$7.609,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$2.700.500,00	2-4-36-90-0007	\$54.010,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$2.700.500,00	2-4-36-90-0003	\$13.503,00
TOTAL DESCUENTOS				\$93.247,00
VALOR NETO A GIRAR	DOS MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS			\$2.607.253,00
			Código contable	2-4-01-02-0003

Valor amortización:	
Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

MOVIMIENTO TESORERIA

Endosado a:

Observaciones	Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

JAZMIN ALEXANDRA SANCHEZ ARISTIZABAL
GESTION DE PAGOS

ANGEL ANTONIO ZABALETA GALINDO
Responsable del Presupuesto



Medellin, 27 de noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **OSCAR LEONARDO GONZALEZ TRUJILLO** con documento de identidad **C1024590119**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-10-16	2025-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	VACUNACION -VERIFICADORES R3	000000009	3	2.436	EN COBERTUR A



· Medellín **604 4444578**
 · Bogotá **6014055911**
 · Cali **602 3808938**
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**
 · Bucaramanga **6076917938**
 · Cartagena **605 6424938**
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
 Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com