SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ**			**CC:**	**1012356578**
CORREO ELECTRÓNICO:	**dra.bonet.1989@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3159273664**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 10 80 41 TO 9 AP 333**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488429305581**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3220 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.261.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/16**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/17 AL 2026/02/28**				

MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ
PS_3220_2026_BCFB00

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ
CC: 1012356578
CEL: 3159273664

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 - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ				
		CON C.C N°	**1.012.356.578**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3220 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/16**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.421.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**86**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.421.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.261.800	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON			

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	OBLIGACION 1. Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 Actividades desarrolladas: Desarrole mis funciones como medico en VSP en el subsistema de vigilancia a de eventos prevenibles , garantizando la ejecución oportuna y con calidad técnica de las acciones contempladas en el plan de intervenciones colectivas, así mismo asegure la correcta apli8cacion de las definiciones operativas de caso interviniendo así mismo en la identificación del caso. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES1_GESTION_INFORMACION11.LINEA_1846. MEDICO
2	OBLIGACION 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Se envió cronograma de actividades de fortalecimiento a personal profesional el cual se reforzo los conocimientos sobre formulación de Tos ferina , los signos de alarma y las recomendaciones dadas a los familiares. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES5_CRONOGRAMA_2026
3	OBLIGACION 3. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 Actividades desarrolladas: Se diligenciaron y entregaron oportunamente los formatos de asistencia a las diversas actividades realizadas dentro del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FS y La Subred. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES1_GESTION_INFORMACION11.LINEA_1846. MEDICO
4	OBLIGACION 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 Actividades desarrolladas: Se participó en reuniones de seguimiento, auditorías internas y revisión de procesos, implementando acciones correctivas orientadas al fortalecimiento de estándares de habilitación, mejoramiento continuo y calidad en la prestación de servicios del PIC. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES1_GESTION_INFORMACION11.LINEA_1846. MEDICO
5	OBLIGACION 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 5.1 Actividades desarrolladas: Se dio cumplimiento a las metas asignadas, asegurando integridad, exactitud, consistencia y oportunidad en el registro de la información, realizando verificación previa de bases de datos y validación de soportes antes de su entrega. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES1_GESTION_INFORMACION11.LINEA_1846. MEDICO
	OBLIGACION 6. Apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1 Actividades desarrolladas: Se realizó revisión y estudio permanente de los anexos técnicos y lineamientos del convenio, aplicando los enfoques conceptuales en la planeación y ejecución de las intervenciones, garantizando coherencia técnica y normativa.

6	172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES1_GESTION_INFORMACION11.LINEA_1846. MEDICOAPROPIACION_LINEAMIENTOS
7	OBLIGACION 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7.1 Actividades desarrolladas: Se brindó asistencia técnica a actores institucionales y comunitarios en temas de promoción, prevención y gestión del riesgo, fortaleciendo capacidades en los entornos priorizados y apoyando procesos transversales del PIC. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES1_GESTION_INFORMACION11.LINEA_1846. MEDICOFORTALECIMIENTO_UPGD
8	OBLIGACION 8.Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, y demás actividades requeridas en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 8.1 Actividades desarrolladas: Se efectuaron intervenciones epidemiológicas de campo según lineamientos técnicos, incluyendo búsqueda activa, seguimiento a casos, educación comunitaria y levantamiento de información epidemiológica. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES1_GESTION_INFORMACION11.LINEA_1846. MEDICOSEGUIMIENTO_QUIMIOPROFILAXIS
9	OBLIGACION 9. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 9.1 Actividades desarrolladas: Se realizó identificación y notificación oportuna de eventos de interés en salud pública detectados durante las intervenciones, conforme a protocolos establecidos y canales institucionales definidos. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES1_GESTION_INFORMACION11.LINEA_1846. MEDICO
10	OBLIGACION 10. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 10.1 Actividades desarrolladas: Se organizó y archivó la documentación generada (formatos, listados, informes, actas y soportes) conforme a la tabla de retención documental y lineamientos institucionales, garantizando trazabilidad y disponibilidad de la información. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES1_GESTION_INFORMACION11.LINEA_1846. MEDICO
11	OBLIGACION 11. Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI,ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social. 11.1 Actividades desarrolladas: Se realizaron canalizaciones efectivas a servicios de salud, verificación y promoción del esquema PAI, educación en salud pública, apoyo en GESI, ACCVSYE, notificación de EISP y fortalecimiento de participación social en los entornos intervenidos. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION10. REUNIONES_AREA
12	OBLIGACION 12. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 12.1 Actividades desarrolladas: Se dio cumplimiento estricto a los criterios técnicos y administrativos establecidos, realizando revisión previa de soportes y registros para prevenir glosas, garantizando adherencia a los lineamientos del convenio y requerimientos de interventoría. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES6_PREAUDITORIA_2026
13	OBLIGACION 13. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y quesean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 13.1 Actividades desarrolladas: Se atendieron oportunamente los requerimientos adicionales de la supervisión, apoyando actividades complementarias relacionadas con el objeto contractual y participando activamente en procesos institucionales requeridos. 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	

4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-02-17) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 2026	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2026/02/23	$ 375.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/23	$ 480.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/23	$ 73.080
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 928.080

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ* *PS_3220_2026_BCFB00* **MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ** **CC: 1012356578**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA* *PS_3220_2026_BCFB00* **NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA CRISTINA DUARTE GARZON* *PS_3220_2026_BCFB00* **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ identificado con CC No. 1012356578 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1012356578, con vigencia desde 5/20/2020 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	1012356578	MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ	36	277	20/05/2020	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 14 días del mes de Enero del 2026



FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141228966601

(415)7707212489984(8020) **000014122896660 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 2 3 5 6 5 7 8	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 2 3 5 6 5 7 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BONET	GOMEZ	MONICA	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: AV CL 8 78 C 76 BRR CASTILLA

42. Correo electrónico: dra.bonet.1989@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 8 0 4 5 8 4 2	3 1 5 9 2 7 3 6 6 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 6 0 8 3 0							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BONET GOMEZ MONICA ALEXANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

porvenir
sólo hay uno

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:

MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.356.578**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ARL | sura

Medellín, 19 de febrero de 2026

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

CERTIFICA:

Que MONICA ALEXANDRA BONET GOMEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012356578 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/09/2025 **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, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

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:
C10239294312605058172

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA