Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-10-01	**Hasta:**	2022-10-31	
Nombre del Contratista:	GABRIEL BARRAGAN BARACALDO		**Número de Documento:**	80777398	
Correo Electrónico:	gaba505111@yahoo.com		**Número Telefónico:**	3208024985	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2176-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	426
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	0	34577	$6223860	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6223860**	**SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS SESENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 12447720	1073
2	2022-07-01	2022-09-30	2	$ 12447720	1955
3	2022-08-01	2022-09-30	3	$ 6638784	2315
4	2022-10-01	2022-10-31	4	$ 6223860	2804

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	---Prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, exámen físico con evolución a los pacientes en las áreas de hospitalizacion de cirugía general, ginecología y obstetricia, cirugía plástica, cirugía de mano y ortopedia , entre otros. Recuperación de salas de cirugía y gineco-obstetricia , ortopedia, cirugía maxilo - facial entre otros generados durante la atención a los usuarios de la Subred sur	-Historia clinica
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--Diligenciamiento de formatos de acuerdo a la normatividad vigente. "Cumplir con los Protocolos, Guías, Manuales de Procesos y Procedimientos, Manuales Institucionales y los de Normatividad vigente Diligenciamiento de historia clínica, formulando el diagnóstico y plan de manejo " Valoración y manejo de pacientes pediátricos en las distintas unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	-Historia clinica
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolídación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	--Identificacion , valoracion, seguimiento y plan de tratamiento y seguimiento a paciente hasta su egreso. Valoracion por consulta externa.	-Historia clinica
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	---Articulacion con el equipo misional, plan de manejo y tratamiento con el paciente hospitalizado.	-Historia clinica
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, los cuales garantizan la continuidad de la atención médica, las que se encuentren soportadas mediante la historia clinica sistematizada, evolución diaria de pacientes según el turno asignado , y así mismo pasar revista con el especialista , generados durante la atención a los usuarios de la subred sur.	-Historia clinica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	--Brindar informacion oportuna al familiar del paciente	-Historia clinica
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Demas actividades asignadas en el contrato	-Historia clinica

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 5808936
2	MARZO	$ 6638784
3	ABRIL	$ 6638784
4	MAYO	$ 6638784
5	JUNIO	$ 6223860
6	JULIO	$ 6223860
7	AGOSTO	$ 6638784
8	SEPTIEMBRE	$ 6223860

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19916352	$ 57674436	$ 51035652	$ 6638784

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	--Valoracion paciente Hospitalizado	Historia clinica
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	--Valoración y seguimiento a paciente pediátrico en hospitalización, Se brinda información de autocuidado al familiar hasta el egreso del paciente y se realiza el control ambulatorio de pediatría por consulta externa, Prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, exámen fisico con evolución a los pacientes	-Historia clinica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 6223860
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7855925216		
2022	SEPTIEMBRE	2022	10	12			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS SESENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 2489544	$ 398327	$ 398400
Salud		SÁNITAS		$ 311193	$ 311300
ARL	3	SURA		$ 60645	$ 60700
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 722515**	$ 770400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	450270099804

Gabriel Barragan B.

GABRIEL BARRAGAN BARACALDO
80777398

Ricardo Martinez Galvis
Profesional Enlace

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

© Siasur - 2022

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80777398
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GABRIEL BARRAGAN BARACALDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CR 6 21 A - 41	TELÉFONO:	8842370
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7855925216**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2022
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/10/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1701727747

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 398.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 398.400	$ 0	$ 398.400
SUBTOTALES:										**$ 398.400**	**$ 0**	**$ 398.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 311.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 311.300	$ 0	$ 0	$ 311.300
SUBTOTALES:													**$ 311.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 311.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 60.700	$ 60.700	$ 0	$ 0	$ 60.700
SUBTOTALES:									**$ 60.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 60.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 80777398	BARRAGAN BARACALDO GABRIEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.490.000				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 2.490.000	$ 398.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 398.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.490.000	$ 311.300	$ 0	$ 311.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.490.000	$ 80777398	$ 60.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 770.400**

Planilla Pagada
soi
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80777398
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GABRIEL BARRAGAN BARACALDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CR 6 21 A - 41	TELÉFONO:	8842370
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7855925216**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/10/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1701727747

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 398.400
SUBTOTAL:			1	**$ 398.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 311.300
SUBTOTAL:			1	**$ 311.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 60.700
SUBTOTAL:			1	**$ 60.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 770.400**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	cuenta febrero cto 2176 2022.pdf	cuenta febrero cto 2176 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 2176 2022.pdf	CUENTA MARZO CTO 2176 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 2176 2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 2176 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 2176 2022.pdf	CUENTA MAYO CTO 2176 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 2176 2022.pdf	CUENTA JUNIO CTO 2176 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO CTO 2176 2022.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO CTO 2176 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 2176 2022.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 2176 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPT CTO 2176 2022.pdf	CUENTA DE COBRO SEPT CTO 2176 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDO
Sede Administrativa: AV. 6AN N° 22N 54
PBX.(2) 660 44 00 - FAX. (2) 661 49 11 Cali
www.promedico.com.co
cartera@promedico.com.co
NIT. 890.310.418-4 Resol. Dancoop. 216 de Mayo 05 de 1975
No obligados a expedir Factura - Fondo de empleados (Decreto No. 1001 de Abril 08/97 - Articulo 2)
"LOS ASOCIADOS QUE TENGAN CREDITOS Y PRESENTEN UNA O MAS CUOTAS VENCIDAS SERAN REPORTADOS NEGATIVAMENTE A LA CENTRAL DE INFORMACIÓN FINANCIERA TRANSUNION**"**

GABRIEL BARRAGAN BARACALDO
80777398
CARRERA 6 21A 41 COJ EL MANATIAL CASA27
CHILACOS
CHÍA (CUNDINAMARCA)

RECIBO N° 117101

Fecha Limite de Pago
31/10/2022

CONCEPTO	ACUMULADO	N° CUOTAS VENCIDAS	VALOR VENCIDO	VALOR CUOTA CTE	TOTAL
Ahorro Permanente	1.480.709	3	28.959	9.653	38.612
Aportes	4.717.310	3	134.001	44.667	178.668
Amparo Mutual de Incapacidad	0	3	36.675	12.225	48.900
Amparo Mutual de Invalidez	0	3	33.357	11.119	44.476
Amparo Mutual de Vida	0	3	36.318	12.106	48.424
Amparo Mutual de Vejez 08000000	9.929.149	3	40.080	13.360	53.440
Fondo de Bienestar Social	0	3	8.673	2.891	11.564
Fondo Social Exequial	0	3	13.590	4.530	18.120
Fondo Formación integral	0	3	8.673	2.891	11.564
Fondo de Recreación	0	3	81.159	27.053	108.212
Fondo de Protección Social	0	3	4.233	1.411	5.644

CREDITO N°	LINEA	TASA %	AMP	SALDO ANTERIOR	CAPITAL	INT. CORRIENTE	CAP. VENCIDO	INT. VENCIDO	INT.DE MORA	SUBTOTALES
1000004991	Vivienda	11,40	247.392	169.093.418	1.413.572	1.569.869	3.844.029	3.179.521	88.368	10.342.751



Estimado ASOCIADO

"Recuerde que su pago oportuno es su mejor carta de presentación"

A quienes aún no han realizado su pago, les informamos que la mora en 1 o más cuotas crediticias genera su reporte negativo ante las centrales de información financiera y el traslado de su Cartera a una agencia de cobranza externa.

Pague cumplidamente su aviso de cobro y disfrute de todas las protecciones y beneficios que el Fondo tiene para usted!!!

Cualquier inconformidad puede comunicarla a la Revisora Fiscal CROWE HORWATH E-mail erika.quintero@crowe.com.co

CARGOS FIJOS	OBLIGACIONES	MENOS RESERVA	TOTAL A PAGAR
$ 567.624	$ 10.342.751	$ 0	$ 10.910.375

AUXILIOS

VEJEZ				INVALIDEZ				
FECHA DE PAGO			VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO			VALOR PAGADO	MEDIO DE PAGO
00	00	0000	$ 0	00	00	0000	$ 0	

ASOCIADO (A)	CÓDIGO
GABRIEL BARRAGAN BARACALDO	80777398

TOTAL A PAGAR	$ 10.910.375		
PAGUESE ANTES DE	31	10	2022

RECIBO DE PAGO No.	117101
VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO
$	

FORMA DE PAGO

EFECTIVO $ | CHEQUE $

INFORMACION DEL CHEQUE

COD.BANCO | CHEQUE No.

TOTAL PAGADO

(415)7709998009844(8020)000080777398(8020)117101(3900)0010910375(96)20221105

PSE	DAVIVIENDA	BANCO DE BOGOTA	BANCO DE OCCIDENTE	BANCOLOMBIA	PROMEDICO CALI
www.promedico.com.co	CTA AHORROS 0168-0001189-8	CONVENIO N° 76 B CTA CORRIENTE 146484696	CTA AHORROS 073801284	CONVENIO 30242 CTA AHORROS 30411499549	CAJA

CANALES DE RECAUDO

PSE

Con su usuario y contraseña a los servicios en linea de www.promedico.com.co, opción PSE.
Digite su documento de identiticación y siga las instrucciones que le indica el sistema. Su pago se registrará en línea.

Débito Automático BANCOLOMBIA

Ingrese a BANCA PERSONAL y seleccione "Transacciones".
Digite su N° de identificación y su clave de intemet.
Seleccione la opción "Pagos" y luego "Pagar Otros Servicios".
Indique su cuenta y seleccione 'PROMEDICO", luego ingrese el código que aparece en este aviso de cobro.
Verifique el valor a pagar y digite su segunda clave.
El sistema le suministrará el número de aprobación como prueba de su pago.

Débito Automático PROMEDICO

Debe tener una cuenta de ahorros en PROMEDICO y solicitar que se debite mensualmente el valor a pagar que aparece en su aviso de cobro

Télefono Rojo DAVIVIENDA

Marque la línea gratuita 01 8000 911166 desde cualquier ciudad del país y siga las instrucciones que le indica el sistema.

Oficina Principal PROMEDICO

Sede administrativa de PROMEDICO Cali, presentando este aviso de cobro, para la fecha límite de pago.

Pagos con Cheque

Pague con cheque a nombre de PROMEDICO Nit. 890.310.418-4. En caso de devolución del cheque, se cobrará una multa correspondiente al 20% del valor del mismo, cuando éste no sea corriente (Art. 731 del Código de Cornercio).

*Con dos o más cheques devueltos, solo se aceptan pagos en efectivo.

Pagos por Bancos

A través de la red de oficinas de BANCOLOMBIA, DAVIVIENDA, BANCO DE BOGOTÁ y BANCO DE OCCIDENTE, presentando el Formato referenciado de PROMEDICO y citando los siguientes convenios:

BANCO	TIPO CUENTA	Nº CUENTA - Convenio
Bancolombia	Ahorros	30411499549 - Convenic N° 30242
Davivienda	Ahorros	0168-0001189-8
Banco de Bogotá	Corriente	508-02769-5 Convenio N° 76B
Banco de Occidente	Ahorros	073801284

CORRESPONSAL BANCARIO

Presente su aviso de cobro en los siguientes corresponsales bancarios: CARULLA • ÉXITO EXPRESS • GRUPO ÉXITO S.A. • SUPERINTER • SURTIMAX.

DE SU INTERÉS

Si por algún motivo no puede pagar el valor que aparece en TOTAL A PAGAR antes de la fecha límite, por favor comuníquese con el área de Cartera para acordar una forma de pago.
Recuerde que si acumula dos a rnás cuotas sin cancelar, usted pierde las protecciones de nuestro portafolio de servicios.

CONTÁCTENOS

Línea de atención gratuita 01 8000 180285 o desde un teléfono fijo (+57 2) 489 6123.

AGENCIAS DE SERVICIO PROMEDICO

SUROCCIDENTE

- **Cali Norte:** PBX (2) 6604400
- **Cali Sur:** PBX (2) 6604400 Ext. 302
- **Palmira:** 310 531 3230 Teléfono: (2) 6604400 Ext. 312 y 313
- **Tulua:** Teléfono: (2) 2320181 Fax. (2) 2320008
- **Popayan:** Teléfono: (2) 8201022 • Fax (2) 8201616
- **Pasto:** Teléfono: (2) 7220763 • Fax (2) 7229406

NOROCCIDENTE

- **Medellín:** Teléfono (4) 4037860
- **Pereira:** Teléfonos (6) 324 2898 • **(6) 3332459** Fax (6) 324 2081
- **Manizales:** Teléfono: (6) 885 7248 Fax (6) 885 7268
- **Armenia:** Teléfono: (6) 7495580

CENTRO

- **Bogotá:** Teléfono (1) 2573180
- **Villavicencio:** Teléfono (8) 674 0997

NORTE

- **Barranquilla:** Teléfono (5) 356 1544 Celular 318 8273417 • 317 6670013
- **Valledupar:** Teléfonos (5) 584 0726 • (5) 584 0488
- **Bucaramanga:** Teléfonos (7) 639 0708 • (7) 638 5151

BOGOTÁ, 12 DE OCTUBRE DE 2022

SEÑORES:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Área de contratación

ASUNTO: SOLICITUD DE ALIVIO TRIBUTARIO

Yo Gabriel Barragán Baracaldo identificado con cedula número 80777398, quien me desempeño como médico hospitalario en el servicio de cirugía general del Hospital de Meissen, certifico que tengo a mi cargo dos hijos: Mariana Barragán Avellaneda identificada con registro civil número 1019845161 y Sergio Andrés Barragán Avellaneda identificado con registro civil número 1019847214, quienes dependen económicamente de mí, por lo que solicito sea tenido en cuenta para generar alivio tributario.

Agradezco de antemano la atención prestada.

Atentamente,

Gabriel Barragán Baracaldo

CC 80777398 de Bogotá

Medico hospitalario

Celular: 3208024985

Correo: gaba505111@yahoo.com

Anexo registro civil de mis dos hijos

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1701727747

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
11/10/2022

Número de aprobación
00727747

Dirección IP
191.102.198.142

Valor transacción
$ 770.400,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.34	CC	80777398

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

ddCE1Fy1Qs

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

GABRIEL BARRAGAN BARACALDO

80777398

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del Módulo 1 Precauciones de Aislamiento y usuario protegido.

Para constancia se expide

octubre 14, 2022

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ