Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Diego Alejandro Beltran Castillo							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1024598944		
CORREO ELECTRONICO:	diegoalebel@gmail.com				CELULAR:	3203023579		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	LABORATORIO Y ANALISIS CLINICO OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10L07	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488430099249					PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	8037			VIGENCIA	2022		
NÚMERO DE CDP	143	FECHA	2023-01-17 16:18:14.000	NÚMERO DE CRP	6637	FECHA	2023-01-17 20:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	BACTERIOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2022-08-05		2022-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,949,315				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2,949,315
VALOR EJECUTADO	$2,949,315
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,949,315
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
0	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ROSSI LEONOR GONZÁLEZ GONZÁLEZ
52832990
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Apoyar la realización de las actividades y procedimientos diagnósticos ordenados por el profesional tratante.	Analizar las áreas que integran el laboratorio clínico, informando los resultados con análisis científico-analíticos	Procesamiento y recepción de diversas muestras con las condiciones adecuadas de marcaje, condiciones ambientales y procesamiento de las mismas.
Apoyar la realización oportuna de exámenes básicos y especializados.	Realizar toma, manejo y análisis de las muestras e informar los resultados aplicando las diversas guías de manejo y los manuales de procedimiento del laboratorio, velando por los derechos y criterios éticos del paciente.	Envió oportuno de muestras a los laboratorios tercerizados o de referencia y en la entra y/o cargue de resultados en el sistema.
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio.	Diligenciar de manera concisa, clara y oportuna los formatos designados en almera para el desarrollo de su actividad.	Diligenciar los registros establecidos para el laboratorio clínico de cada área con la finalidad de evidenciar las actividades realizadas y poder realizar una trazabilidad.
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	Diligenciar completamente los registros de atención con las labores realizadas en el punto de atención y entrega oportuna para los sistemas de información institucionales.	Llevar registro de las entregas de turno, controles de calidad interno, mantenimientos de equipos, control de temperaturas, TSH neonatal, etc.
Entregar el reporte de los resultados de laboratorios a los usuarios en los diferentes servicios de la Subred.	Brindar atención oportuna a los pacientes hospitalizados de Urgencias y de Consulta, con calidad, ética profesional y protocolos establecidos del laboratorio	Correlación en la entrega de resultados con los resultados obtenidos, indicando la descarga de los resultados vía internet.
Participar en la programación de actividades de su servicio.	Participación activa en las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continuo de la institución.	Asistir al encuentro de aprendizaje continuo del laboratorio clínico, capacitaciones, reportes de eventos en Almera, correcta manipulación de reactivos y en la identificación del paciente.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Diligenciar correctamente y oportunamente los eventos de notificación obligatorio	Dar aviso oportuno a epidemiologia y diligenciar el formato notificación obligatoria por parte del laboratorio clínico
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Realizar pruebas de control de calidad de los análisis clínicos con el fin de garantizar la veracidad, precisión y exactitud de los resultados.	Realizar y registrar el control de calidad de cada una de las pruebas que se realizan diariamente, donde se registra en el software especifico para graficar y analizar la tendencia del control, diligenciando diaria o semanalmente los registros.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Aplicar y participar en la actualización y formulación de las guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos formulados en la institución.	Retroalimentar las actualizaciones dadas por los entes de control durante las UAT, y actualizar el manual de laboratorio cuando se hace necesario, queda registrado en las actas de las reuniones los compromisos.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o planes y/o proyectos formulados en el área asignada.	Entregar un informe mensual de todas las funciones aginadas que se realizan con el fin de optimizar el servicio; incluyendo planes de mejora
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación el contrato	Emplear de manera racional los recursos asignados a la prestación de servicios.	Mantener en buen estado las instalaciones del laboratorio desde el talento humano, optimizando y aprovechando al máximo cada recurso con el fin de dar los resultados esperados
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participación activa en todas las actividades programadas por la institución.	Apoyo y asistencia a las capacitaciones virtuales o presenciales que ofrece la entidad para mejorar la calidad en el servicio.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	Se registran los indicadores de calidad, los cuales son criterios de aceptabilidad, de devolución, de gerencia del riesgo, de accesibilidad oportunidad, seguridad y pertinencia.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o planes y/o proyectos formulados en el área asignada.	Llevar a cabo todas las funciones asignadas con el fin de optimizar el servicio que se evidencian en la estadística mensual.

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Implementar en el servicio actividades que conlleven a la mejora continua contenida en los planes de mejoramiento de acreditación y de seguridad de pacientes.	Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizar las actividades diarias de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la Acreditación del Hospital.
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Revisar de forma oportuna en el SECOP, los documentos relacionados	Conocer de forma clara y correcta todos los documentos relacionados en el SECOP plataforma designada para el cargue y conocimiento de los contratos
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Realizar los respectivos pagos de aportes a EPS, ARL y FPP de acuerdo con la cantidad de horas trabajadas en el mes.	Anexar el certificado de pago de los mismo en cada cuenta de cobro.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto de contrato	Conocer de antemano las actividades relacionadas con el contrato	Durante el desarrollo de las actividades diarias aplicar y ejecutar las actividades allí relacionadas.

ROSSI LEONOR GONZÁLEZ GONZÁLEZ
52832990
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **DIEGO ALEJANDRO BELTRAN CASTILLO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1024598944** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1024598944
NOMBRES Y APELLIDOS	DIEGO ALEJANDRO BELTRAN CASTILLO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	NO HA INICIADO COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	AFILIADO EN PROCESO DE TRASLADO DE EPS
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	0

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **19/08/2022**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección
Pensiones y Cesantías
NIT: 800138188

Pensión obligatoria

Datos básicos

Información general

Número de Solicitud	Lugar de solicitud	Campaña	Foco de gestión
1000725699	COL, BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ	SIN CAMPAÑA	*****

Fecha de solicitud	Tipo de afiliación	Traslado AFP - Pensión familiar	AFP administradora anterior
08-08-2022	Traslado AFP	*****	PORVENIR

Traslado de Régimen - Pensión familiar	Régimen administrador anterior	Administradora hacia la cual se solicita el traslado
*****	*****	PROTECCIÓN

Información personal

Tipo de documento	Número documento de identidad	Nacionalidad	Lugar de expedición
CÉDULA DE CIUDADANIA	1024598944	COLOMBIA	COL, BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ

Fecha de expedición	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
18-07-2017	DIEGO	ALEJANDRO	BELTRAN	CASTILLO

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Género
15-07-1999	COL, BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ	MASCULINO

Lugar de residencia	Dirección de residencia
COL, BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ	Calle 30 # 30 - 19

Correo electrónico	Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico	Autorizo el envío de información a:
diegoalebel@gmail.com	Si	*****

Teléfono celular	Autorizo el envío de información al celular	Teléfono fijo	Ciudad del teléfono
3203023579	Si	*****	*****

Dirección de oficina	Lugar de ubicación de la oficina
*****	*****

Beneficiarios

Beneficiarios
No

Apellidos y Nombres	Sexo	Número identificación	Tipo identificación	Fecha nacimiento	Código parentesco
*****	*****	*****	*****	*****	*****

*** Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inváido 06 Hermano invalído.**

Los beneficiarios relacionados serán válidados de acuerdo a las normas legales vigentes.

Datos laborales

Tipo de afiliado

Pensión obligatoria

Datos laborales

Tipo de afiliado	Ha cotizado más de 150 semanas en	Cuál(es)
Dependiente	*****	*****

Trabajador dependiente/asociado

Tipo identificación empleador	CTA/EAT	Número identificación empleador (Sin dígito de verificación)	Nombre o razón social
NIT		900,959,048	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS

Ciudad empleador	Dirección correspondencia empleador
COL, BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ	Calle 100 # 13 - 10

Correo electrónico empleador	Teléfono fijo	Teléfono celular
TESORERIA@SUBREDSUROCCIDENTE.GOV.CO	7560505	3112388324

Ocupación o cargo actual	Salario integral	Salario mensual	Fecha ingreso empresa
BACTERIOLOGO	No	$ 2,900,000	10-07-2022

Es PEP o tiene familiar PEP (Persona expuesta públicamente)	Clasificación PEP
No	*****

Representante Comercial

Tipo identificación	Identificación	Nombre
CC	1013620515	Cindy Lorena Franco Esteban

Tratamiento de datos

VOLUNTAD DE SELECCIÓN Y AFILIACIÓN

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PROTECCIÓN S.A para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.
El afiliado tiene el derecho a retractarse de su decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la que se le informe de la validación de la afiliación o del traslado por parte de la administradora seleccionada.

DECLARACIONES DEL TITULAR

a. Declaro que toda la información suministrada por mí a PROTECCIÓN es verdadera.
b. Conozco los derechos y las condiciones aplicables para el tratamiento de datos personales, acorde con la política de tratamiento de datos personales de PROTECCIÓN y su aviso de privacidad que se encuentran publicadas en la página web www, protección.com.
c. He sido informado acerca de la no obligatoriedad de las respuestas a las preguntas que me sean hechas, cuando éstas versen sobre datos sensibles, tales como origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos o sobre los datos de los niños, niñas y adolescentes

OBLIGACIONES LAVADO DE ACTIVOS

Tratamiento de datos

1. Me obligo con PROTECCIÓN a actualizar mi información como mínimo una vez al año, a suministrar los documentos exigidos por la ley en el momento que estos sean solicitados para el control de lavados de activos y a indicar la procedencia de los depósitos.

TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES

En los términos de la ley 1581 de 2012 y del decreto 1377 de 2013 (compilado en el decreto único reglamentario 1074 de 2015), no estás obligado a autorizar el tratamiento de aquella información considerada como sensible (Ejemplo: religión, filiación política, origen étnico, afiliación sindical, orientación sexual, entre otros). No obstante, debes saber que PROTECCIÓN en cumplimiento de disposiciones normativas emanadas del sistema de seguridad social (Ley 100 de 1993) y por instrucciones de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, está obligada a realizar tratamiento sobre este tipo de datos (Ejemplo: Historia clínica, datos de beneficiarios menores de edad, datos biométricos para validación de identidad, grabación de imágenes en oficinas de servicio) única y exclusivamente para la materialización de los siguientes propósitos y/o finalidades:
- Para validar y verificar tu identidad en transacciones incluyendo cuando sea requerido, la consulta y reproducción de datos sensibles tales como la huella digital, imágenes, videos o voz, entre otros.
- Para monitorear las condiciones de seguridad en las oficinas de servicio mediante sistemas de videovigilancia.
- Para garantizar la prestación de los servicios relacionados con: el reconocimiento de incapacidades médicas, reconocimiento de la pensión de sobreviviente para los beneficiarios menores de edad y el reconocimiento de la pensión de invalidez para aquellas personas que han sufrido una pérdida de la capacidad laboral.

AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y USO DE DATOS PERSONALES

1.Autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías PROTECCIÓN S.A. en adelante PROTECCIÓN y a todas aquellas entidades del sistema general de seguridad social, Asofondos y a quienes en el futuro ostenten los derechos de los aquí autorizados, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividades que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los finen enunciados en la política de tratamiento de datos personales de PROTECCIÓN, documento que he leído y me fue suministrado con la afiliación.

2.Autorizo a PROTECCIÓN para que comparta mi información personal con terceros con quienes haya celebrado alianzas y/o con proveedores con el propósito de cumplir con el objeto social, prestar adecuadamente el servicio, gestionar riesgos, atender reclamos y realizar gestión comercial, conforme a la normatividad vigente. Si quieres conocer con quiénes compartimos tu información, puedes acceder al siguiente enlace: https://www.proteccion.com/contenidos/persona/cesantias/ley-proteccion-datos-personales
Si

3.Autorizo a PROTECCIÓN para enviar información de uso comercial o publicitaria relacionada con nuestros productos, servicios, eventos o alianzas, a través de medios físicos o virtuales registrados.
Si

Información de firma con apoderado

¿Firma con apoderado?
*****

Tipo de documento	Número documento de identidad	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido
*****	*****	*****	*****	*****

Segundo Apellido
*****

Medellín, 21 de agosto de 2022

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

CERTIFICA:

Que DIEGO ALEJANDRO BELTRAN CASTILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024598944 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 09/08/2022 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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:
C10245989442223359244

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: 21/08/2022 4.27 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT:

900.959.048-4

DEBE A:

DIEGO ALEJANDRO BELTRÁN CASTILLO

C.C 1.024.598.944
Bogotá D.C.

La suma de $2.949.315 dos millones novecientos cuarenta y nueve mil trescientos quince pesos por concepto de: 161 horas prestando servicios como bacteriólogo durante el periodo de 05 al 31 de agosto de 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 8037-2022.



_____

DIEGO ALEJANDRO BELTRÁN CASTILLO
C.C. 1.024.598.944 Bogotá D.C.
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0550488430099249