| 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:** | 2024-01-01 | **Hasta:** | 2024-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ | | **Número de Documento:** | 1140846045 | |
| **Correo Electrónico:** | carlos.t.a.r.s@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3174004160 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-28 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1182-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 505 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I06TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 150 | 0 | 87750 | $13162500 | 80.6% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 13162500** | **TRECE MILLONES CIENTOSESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-05-01 | 2023-07-31 | 1 | $ 0 | 0 |
| 2 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 2 | $ 11583000 | 2132 |
| 3 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 3 | $ 13162500 | 2433 |
| 4 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 4 | $ 16321500 | 2821 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 5 | $ 12636000 | 3158 |
| 6 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 6 | $ 11583000 | 3615 |
| 7 | 2023-12-01 | 2023-12-31 | 7 | $ 11407500 | 3936 |
| 8 | 2024-01-01 | 2024-01-31 | 8 | $ 11232000 | 144 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 12636000 |
| 2 | MARZO | $ 13689000 |
| 3 | ABRIL | $ 11583000 |
| 4 | MAYO | $ 13162500 |
| 5 | JUNIO | $ 12636000 |
| 6 | JULIO | $ 13162500 |
| 7 | AGOSTO | $ 13162500 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 13162500 |
| 9 | OCTUBRE | $ 14215500 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 10530000 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 12109500 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 65286000 | $ 153211500 | $ 140049000 | $ 13162500 |

| 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 (medico(a) especializado(a)) acorde con la Lex Artis, segun 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. | -Presto mis servicios como médico especialista. | -Atención de acuerdo a programación de agendas por cuadro de turnos asignados |
| 2 | 2). Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | -Se realiza atención al paciente mediante consulta médica o atención de urgencias o hospitalización, informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar . | -Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo dinámica gerencial |

| 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 clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas 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). | -Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguirdad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Proteccion Social y los demás entes competentes. | -Historia Clínica de paciente en el aplicativo dinámica gerencial |
| 4 | 4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado,estadisticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Se realiza la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes,con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguirdad. | -Información registrada en medios magnéticos cumpliendo las normas de seguridad. |
| 5 | 5) Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud. | -Informar mediante atención al paciente el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión ( dinamica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente. | -Registrar la información del paciente en el aplicativo dinamica. |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -Se realiza la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente. | -Programación de Agendas y asignación de turnos de acuerdo a programación supervisor |
| 7 | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y-o seguimiento ambulatorio. | -Realizar atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria. | -Registrar en historia clínica la evolución del paciente y su procedimiento. |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | -Informar de acuerdo al estado de salud del paciente a familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clinico de acuerdo la evolucíon o riesgo que presente el paciente. | -Historia Clinica registrada en dinamica gerencial |
| 9 | 9). Cumplir las metas de produccion acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y-o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E. | -Se realiza la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente. | -Registrar la información del paciente en el aplicativo dinamica. |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeacíon con el Supervisor del contrato. | -Agenda programación de turnos |


***© Siasur - 2024***

## 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 | $ 12109500 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 74038733 | CAR-71 | | |
| 2023 | DICIEMBRE | 2024 | 01 | 18 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | DOCE MILLONES CIENTONUEVE MIL QUINIENTOS PESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 4843800 | $ 775008 | $ 1202400 |
| Salud | | SURA | | $ 605475 | $ 884100 |
| ARL | 3 | POSITIVA | | $ 117995 | $ 172400 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 1405768 | $ 2258900 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DE BOGOTÁ | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 125226795 |
|---|---|---|---|---|---|

**CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ**
**1140846045**

**MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1140846045 | CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ | cra 68d 40 53 sur | 8580000 | carlos.t.a.r.s@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 18/01/2024 | 74038733 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $2.258.900 | |

## 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 | 879.300 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 4.800 | 0 | 884.100 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 1.125.500 | 0 | 0 | 35.200 | 35.200 | 6 | 6.100 | 400 | 1.202.400 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 171.400 | | | | 171.400 | 6 | 1.000 | 172.400 | | | 1.714 | 172.400 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| 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 | 879.300 | 884.100 |
| Pensión | 1 | 1.195.900 | 1.202.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 171.400 | 172.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 2.246.600 | 2.258.900 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1140846045 | CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ | cra 68d 40 53 sur | 8580000 | carlos.l.a.f.s@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | SI |

| 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 | |
| 2023-12 | 2023-12 | 1 | 18/01/2024 | 74038733 | $2,258,900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Estudiante | IGE | ART | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1140846045 | CACERES PEREZ CARLOS HUMBERTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 7,034,000 | 1,125,500 | 0 | 0 | 35,200 | 35,200 | EPS010 | 7,034,000 | 878,300 | 14-23 | 7,034,000 | 5 | 171,400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
7c71225369e39cc5d5bfdb06a2587c6ecb859a55e6ef7351656861de9d7635a70491fee08390e6d99571c073e436f29f

**Número de Factura:** CAR-71
**Fecha de Emisión:** 24/01/2024
**Fecha de Vencimiento:** 31/01/2024
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** CACERES PEREZ CARLOS HUMBERTO
**Nombre Comercial:** CACERES PEREZ CARLOS HUMBERTO
**Nit del Emisor:** 1140846045
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 78 D 4053 SUR
**Teléfono / Móvil:** 3174004160
**Correo:** carlos.t.a.r.s@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900958564
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-13
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 20 47 B 35 SUR
**Teléfono / Móvil:** 7300000
**Correo:** facturacionelectronica@subredsur.gov.co

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 005 | CONTRATO NO 11822023 PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL | HUR | 150,00 | $ 87.750,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 13.162.500,00 |

### Notas Finales

Linea de negocio: Correspondiente al mes de enero de 2024

## Datos Totales



**Documento validado por la DIAN 2024-01-24 12:58:33**
**Documento generado el: 2024-01-24 12:58:32**
**Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | 13.162.500,00 |
| Descuento detalle | | | 0,00 |
| Recargo detalle | | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | | 13.162.500,00 |
| IVA | | | 0,00 |
| INC | | | 0,00 |
| Bolsas | | | 0,00 |
| Otros impuestos | | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | | 13.162.500,00 |
| Descuento Global (-) | | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ | 13.162.500,00 |

**Valores Informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764061867170 Rango desde: 65 Rango hasta: 100 Vigencia: 2024-06-13

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

| Identificación de pago | numero 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 N. 1182 - 2023.pdf | CUENTA FEBRERO - CTO N. 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO - CTO N. 1182 - 2023.pdf | CUENTA MARZO - CTO N. 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL - CTO N. 1182 - 2023.pdf | CUENTA ABRIL - CTO N. 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO - CTO N. 1182 - 2023.pdf | CUENTA MAYO - CTO N. 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO - CTO N 1182 - 2023.pdf | CUENTA JUNIO - CTO N 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO - CTO N. 1182 - 2023.pdf | CUENTA JULIO - CTO N. 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO - CTO N. 1182 - 2023.pdf | CUENTA AGOSTO - CTO N. 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE - CTO N. 1182 - 2023.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE - CTO N. 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE - CTO N. 1182 - 2023.pdf | CUENTA OCTUBRE - CTO N. 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE - CTO 1182 - 2023.pdf | CUENTA NOVIEMBRE - CTO 1182 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE - CTO N. 1182-2023.pdf | CUENTA DICIEMBRE - CTO N. 1182-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

[redacted]

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

REINDUCCIÓN SUBRED SUR 2023

Con una intensidad horaria de : 10 horas

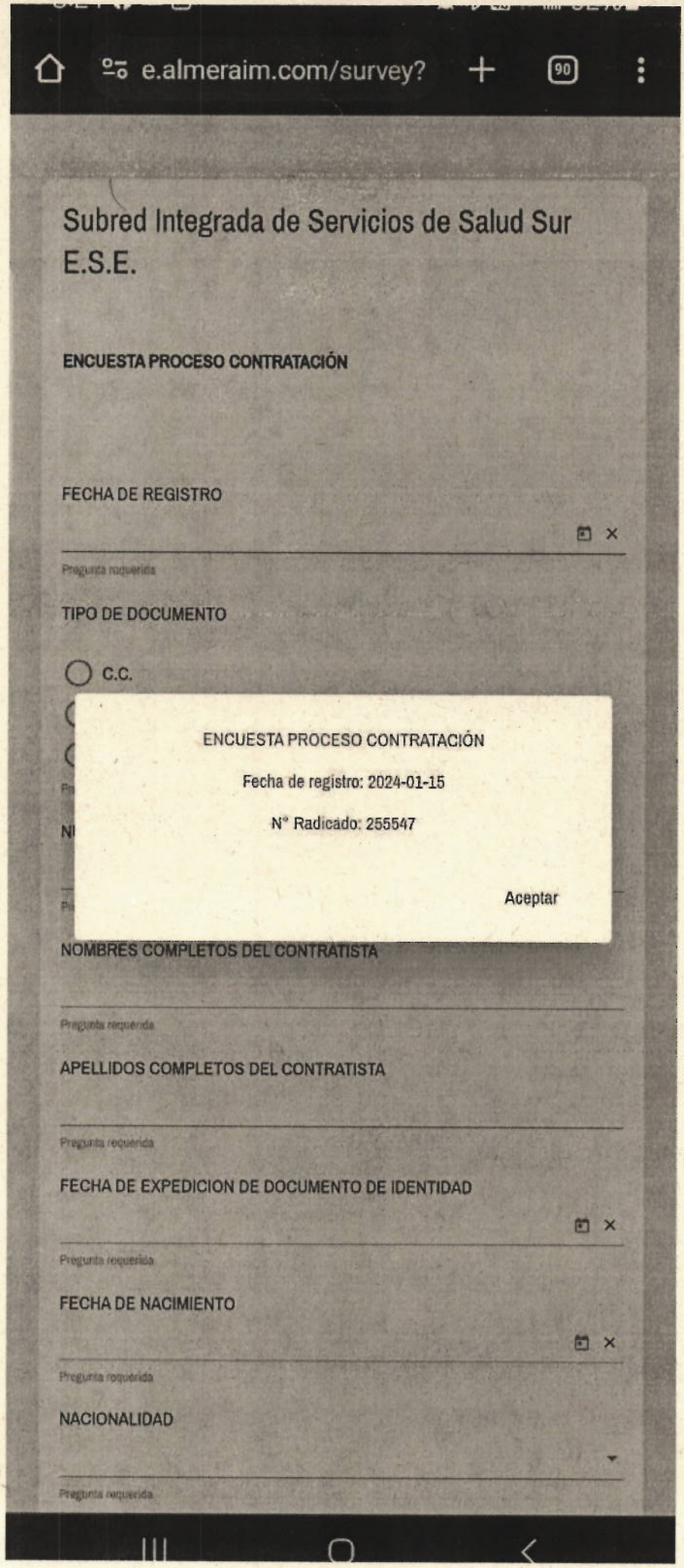
Para constancia se expide:

[redacted]

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ


e.almeraim.com/survey?
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
FECHA DE REGISTRO
Pregunta requerida
TIPO DE DOCUMENTO
C.C.
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
Fecha de registro: 2024-01-15
N° Radicado: 255547
Aceptar
NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA
Pregunta requerida
APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA
Pregunta requerida
FECHA DE EXPEDICION DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Pregunta requerida
FECHA DE NACIMIENTO
Pregunta requerida
NACIONALIDAD
Pregunta requerida

