aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022423047		POLANCO DELGADO LUIS MIGUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 52 b bis 88 f 79 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	481631526	9463684466	N	2024/02/12	2024/02/29	NEQUI	17	$6,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1022423047	POLANCO LUIS	230301	30	($1,845,300)	($295,300)	EPS037	30	($1,845,300)	($230,700)		0	$0	$0	14-11	30	($1,845,300)	($45,000)	0	$0	$0
2	CC	1022423047	POLANCO LUIS	230301	30	$1,865,300	$298,500	EPS037	30	$1,865,300	$233,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,865,300	$45,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$20,000**	**$3,200**			**$20,000**	**$2,500**			**$0**	**$0**			**$20,000**	**$500**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,200	$100	$0	$3,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$3,200	$100	$0	$3,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500	$100	$0	$600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$500	$100	$0	$600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,500	$100	$0	$2,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$2,500	$100	$0	$2,600
TOTAL				1	$6,200	$300	$0	$6,500

2024/02/29 07:50 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022423047		POLANCO DELGADO LUIS MIGUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 52 b bis 88 f 79 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	482167975	9463688018	N	2024/02/12	2024/02/29	NEQUI	17	$8,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1022423047	POLANCO LUIS	230301	30	($1,865,300)	($298,500)	EPS037	30	($1,865,300)	($233,200)		0	$0	$0	14-11	30	($1,865,300)	($45,500)	0	$0	$0
2	CC	1022423047	POLANCO LUIS	230301	30	$1,890,300	$302,500	EPS037	30	$1,890,300	$236,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,890,300	$46,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$25,000**	**$4,000**			**$25,000**	**$3,100**			**$0**	**$0**			**$25,000**	**$600**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,000	$100	$0	$4,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$4,000	$100	$0	$4,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$600	$100	$0	$700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$600	$100	$0	$700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,100	$100	$0	$3,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$3,100	$100	$0	$3,200
TOTAL				1	$7,700	$300	$0	$8,000

2024/02/29 07:49 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022423047		POLANCO DELGADO LUIS MIGUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 52 b bis 88 f 79 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	465467698	9462088515	I	2024/02/12	2024/02/20	NEQUI	8	$575,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1022423047	POLANCO LUIS	230301	30	$1,845,300	$295,300	EPS037	30	$1,845,300	$230,700		0	$0	$0	14-11	30	$1,845,300	$45,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,845,300**	**$295,300**			**$1,845,300**	**$230,700**			**$0**	**$0**			**$1,845,300**	**$45,000**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$295,300	$2,200	$0	$297,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$295,300	$2,200	$0	$297,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,000	$400	$0	$45,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,000	$400	$0	$45,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,700	$1,700	$0	$232,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$230,700	$1,700	$0	$232,400
TOTAL				1	$571,000	$4,300	$0	$575,300

2024/02/29 07:48 AM

✓ ¡Yey! La transacción fue pagada con éxito.

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\ 9463688018

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
29 de febrero de 2024

CUS
482167975

Referencia Nequi
M456259

¿Cuánto?
$ 8.000,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

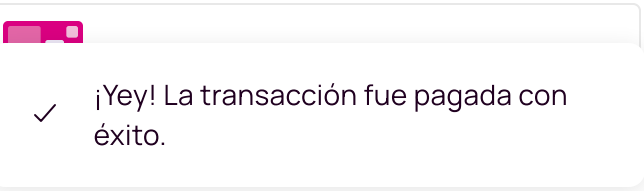
Número de referencia 1
181.53.12.173

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1022423047

Factura de comercio
9463688018

Tu plata salió de:



¡Yey! La transacción fue pagada con éxito.

Listo

Imprimir

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9463684466

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
28 de febrero de 2024

CUS
481631526

Referencia Nequi
M7494696

¿Cuánto?
$ 6.500,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
179.51.119.251

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1022423047

Factura de comercio
9463684466

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

Imprimir

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 MAYO CTO 5943-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5943-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5943-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5943-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5943- 2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5943- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	\AGOSTO CTO 5943-	CUENTA AGOSTO CTO 5943- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	\EPTIEMBRE CTO 5943 -	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5943 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	)CTUBRE CTO 5943-	CUENTA OCTUBRE CTO 5943- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	\OVIEMBRE CTO 5943-	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5943- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	)ICIEMBRE CTO 5943-2023	CUENTA DICIEMBRE CTO 5943-2023 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	:NERO CTO 5943 - 2023	CUENTA ENERO CTO 5943 - 2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

ENCUESTA SEGURIDAD INFORMÁTICA E INFORMACIÓN

Nombre

P

F

P

Área

Pregunta requerida

Unidad

Pregunta requerida

SECCIÓN 1: CONCIENCIA DE SEGURIDAD

1. ¿Está al tanto de las políticas de seguridad de la información de la entidad?

Si

Agradecemos su aporte en el diligenciamiento de tan valiosa información

Aceptar

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:**	2024-02-01	**Hasta:**	2024-02-29	
Nombre del Contratista:	LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO		**Número de Documento:**	1022423047	
Correo Electrónico:	polancodelgadoluismiguel@gmail.com		**Número Telefónico:**	3222919913	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5943-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$4638135	99.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4638135**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y CINCOPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-09-30	1	$ 17449416	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 5402801	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 137891	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 9251199	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 6668886	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 7245519	609

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 3610224
2	JUNIO	$ 4613064
3	JULIO	$ 5001665
4	AGOSTO	$ 4613064
5	SEPTIEMBRE	$ 5014200
6	OCTUBRE	$ 4750955
7	NOVIEMBRE	$ 4638135
8	DICIEMBRE	$ 4613064
9	ENERO	$ 4663206

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 50768776**	**$ 41517577**	**$ 9251199**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	--REALIZAR VALORACIÓN CEFALOCAUDAL A CADA UNO DE LOS INTEGRANTES QUE SE ENCUENTRE EN LA VIVIENDA - REALIZAR TOMA DE SIGNOS VITALES - BRINDAR EDUCACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS E ITS - EDUCACIÓN SOBRE AUTOCUIDADO, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, ACTIVIDAD FÍSICA	-HISTORÍA CLÍNICA
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	-SE EJECUTA DIARIAMENTE LA CORRECCIONES DE LOS DIFERENTES REQUISITOS DE LOS INSTRUMENTOS DE VALIDACIÓN ESTABLECIDOS PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN	-HISTORÍA CLÍNICA
3	3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	--Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	-MAPAS ENTREGADOS
4	4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	-SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LAS DIFERENTES NECESIDADES QUE SE EVIDENCIABAN AL REALIZAR LAS VALORACIONES CASA A CASA DE LOS DIFERENTES INTEGRANTES, TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y FACTORES DE RIESGO	-HISTORÍAS CLINICAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas.	-SE GENERAN ORDENES CORRESPONDIENTES A PLANIFICACIÓN FAMILIAR, MANTENER AL DIA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, TOTALMENTE DILIGENCIADOS CON FIRMA Y NOMBRE DEL USUARIO ATENDIDO	-SE GENERAN ORDENES CORRESPONDIENTES A PLANIFICACIÓN FAMILIAR, MANTENER AL DIA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, TOTALMENTE DILIGENCIADOS CON FIRMA Y NOMBRE DEL USUARIO ATENDIDO
6	6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	-SE REALIZA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES, ALERGIAS, CIRUGÍAS E INFORMACIÓN ENCONTRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA CORRESPONDIENTE A CADA GRUPO ETARIO, TENIENDO EN CUENTA DICHA INFORMACIÓN PARA DAR RECOMENDACIONES NECESARIAS Y EVIDENCIAR FACTORES DE RIESGO	-HISTORÍAS CLINICAS
7	7. Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur	-ACTIVIDADES DE PYD PARA LOS GRUPOS ETARIOS CORRESPONDIENTES A ENFERMERÍA, TENIENDO EN CUENTA DIFERENTES LINEAMIENTOS Y ACTIVIDADES PLASMADAS EN LA GUÍA OPERATIV	--HISTORIAS CLÍNICAS
8	8. Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural.	--SE REALIZAN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN LOS DIFERENTES GRUPOS ETARIOS, PAR LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES QUE AFECTEN SU SALUD TANTO MENTAL COMO FÍSICA	---HISTORÍAS CLINICAS
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-SE REALIZA ACTIVIDADES DE MEDICIÓN Y TAMIZAJES EN LOS DIFERENTES GRUPOS ETARIOS, PARA EVIDENCIAR RIESGO DE DESNUTRICIÓN, RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVACULARES O CRÓNICAS Y DE ESTA MANERA DAR UN TRATAMIENTO OPORTUNO PARA EVITAR POSIBLES COMPLICACIONES A FUTURO	-HISTORIAS CLINICAS
10	10. Verificar la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente.	--SE VALIDAN LAS PLATAFORMAS DEL SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA PARA EAPB Y DE ESTA MANERA PODER DAR UN ADECUADO DIRECCIONAMIENTO CON RESPECTO A LOS DIFERENTES PROCESOS QUE SE NECESITEN REALIZAR	-HISTORIAS CLÍNICAS
11	11. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.	-SE VALIDAN LAS PLATAFORMAS DEL SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA PARA EAPB Y DE ESTA MANERA PODER DAR UN ADECUADO DIRECCIONAMIENTO CON RESPECTO A LOS DIFERENTES PROCESOS QUE SE NECESITEN REALIZAR	-HISTORIAS CLÍNICAS

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	$ 4663206
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9462088515	-		
2024	ENERO	2024	02	20				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SEISPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1865282	$ 298445	$ 302500
Salud		NUEVA EPS		$ 233160	$ 236300
ARL	3	SURA		$ 45438	$ 46100
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 541342**	$ 584900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	23700000359

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO	2024-02-27 23:56:38
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-28 16:39:33
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO	2024-02-28 19:55:10
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-28 19:58:55
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO	2024-02-28 20:00:40
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-28 23:02:48
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO	2024-02-29 07:56:41
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-29 08:44:07
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO	2024-02-29 08:49:38
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-29 08:50:53

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-02-29 13:34:31



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2024