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:	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:	1315-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
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
I20CGME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	0	37000	$6660000	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6660000**	**SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 6660000	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20646000	**$ 20646000**	**$ 6660000**	**$ 13986000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2024

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.	-Realizo mis actividades como médico general en los servicios de hospitalizacion., en la unidad de meissen de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	-Atención de acuerdo a programación de actividades por el supervisor del contrato.
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 físico con evolución a los pacientes.	-Historia clinica registrada en aplicativo dinamica gerencial.
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 entre otros, generados durante la atención a los usuarios de la Subred sur.	-Historia clinica registrada en aplicativo dinamica gerencial.
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, 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.	-Información registrada de historia clinica en el aplicativo dinamica gerencial.
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 consolidación de información 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.	-Articulación con el equipo misional, plan de manejo y tratamiento con el paciente hospitalizado.	-Historia clinica registrado en aplicativo dinamica gerencial.
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.	-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 clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente.	-Historia Clinica registrada en aplicativo dinamica gerencial.

9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeacion con el Supervisor del contrato.	-Programación de actividades con supervisor del contrato.

© 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	$ 6660000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7916401897	-		
2024	ENERO	2024	02	21				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 2664000	$ 426240	**$ 426400**
Salud		SÁNITAS		$ 333000	**$ 333200**
ARL	3	SURA		$ 64895	**$ 65000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 773146**	**$ 824600**

INFORMACIÓN DE PAGO

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

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GABRIEL BARRAGAN BARACALDO	2024-02-23 10:25:14
ACEPTADO SUPERVISIÓN	RICARDO MARTINEZ GALVIS	2024-02-23 10:40:39
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-02-24 06:59:26
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-03-12 11:12:59

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

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:	**7916401897**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		467795359

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 426.400
SUBTOTAL:			1	**$ 426.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 333.200
SUBTOTAL:			1	**$ 333.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 65.000
SUBTOTAL:			1	**$ 65.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 824.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 824.600**

Planilla Pagada

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
467795359

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
21/02/2024

Número de aprobación
00795359

Dirección IP
190.144.123.186

Valor transacción
$ 824.600,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.153	CC	80777398

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

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 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA FEBRERO 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA MARZO 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA ABRIL 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA MAYO 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA JUNIO 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA JULIO2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA AGOSTO 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA OCTUBRE 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2023 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2024 - CTO. 1555 - 2023.pdf	CUENTA ENERO 2024 - CTO. 1555 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

BOGOTÁ, 21 DE FEBRERO DE 2024

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 tarjera de identidad 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: 3028445456

Correo: gaba505111@yahoo.com

Anexo registro civil de mis dos hijos

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDO
Sede Administrativa: AV. 6AN N° 22N 54
PBX (602) 660 44 00 LINEA 018000 180 285
www.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 CRÉDITOS Y PRESENTEN UNA O MAS CUOTAS VENCIDAS, SERÁN REPORTADOS NEGATIVAMENTE A LA CENTRAL DE INFORMACIÓN FINANCIERA"

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

RECIBO N° 285897

Fecha Limite de Pago
29/02/2024

CONCEPTO	ACUMULADO	N° CUOTAS VENCIDAS	VALOR VENCIDO	VALOR CUOTA CTE	TOTAL
Ahorro Permanente	1.625.603	5	55.613	11.933	67.546
Aportes	5.390.815	5	257.324	55.216	312.540
Amparo Mutual de Incapacidad	0	5	69.122	14.545	83.667
Amparo Mutual de Invalidez	0	5	62.864	13.228	76.092
Amparo Mutual de Vida	0	5	63.952	13.457	77.409
Amparo Mutual de Vejez 08000000	11.186.818	5	74.227	15.895	90.122
Fondo de Bienestar Social	0	5	16.059	3.439	19.498
Fondo Social Exequial	0	5	25.610	5.389	30.999
Fondo Formación integral	0	5	16.059	3.439	19.498
Fondo de Recreación	0	5	150.299	32.187	182.486
Fondo de Protección Social	0	5	7.839	1.679	9.518

CREDITO N°	LINEA	TASA %	AMP	SALDO ANTERIOR	CAPITAL	INT. CORRIENTE	CAP. VENCIDO	INT. VENCIDO	INT.DE MORA	SUBTOTALES
1000004991	Vivienda	11,40	336.763	148.940.053	1.644.444	1.338.997	7.992.983	6.839.647	182.060	18.334.894



CARGOS FIJOS	OBLIGACIONES	MENOS RESERVA	TOTAL A PAGAR
$ 969.375	$ 18.334.894	$ 0	$ 19.304.269

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	$ 19.304.269		
PAGUESE ANTES DE	29	02	2024

RECIBO DE PAGO No. **285897**

VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO
$	

FORMA DE PAGO
EFECTIVO $
CHEQUE $
INFORMACION DEL CHEQUE
COD.BANCO
CHEQUE No.
TOTAL PAGADO

(415)7709998009844(8020)000080777398(8020)285897(3900)0019304269(96)20240305

pse DAVIVIENDA Banco de Bogotá Banco de Occidente Bancolombia

PROMEDICO CALI
CAJA

Cualquier inconformidad puede comunicarla a la Revisoría Fiscal CROWE CO S.A.S. cali@crowe.com.co

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

Medisanitas

Medisanitas S.A.S. Compañía de Medicina Prepagada
NIT. 800153424
(VIGILADO SUPERSALUD RESOLUCIÓN 2028 de 1992)
CLL 100 # 11 B - 67 PBX: 4871920
BOGOTA D.C.

REFERENCIA DE PAGO 20605216606

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 1241744508

Somos Grandes Contribuyentes Según Resolución DIAN No.12220 del 27 de diciembre de 2022
Somos Grandes Contribuyentesde los impuestos Distritalesde Bogotásegún Resolución N° DDI-023769 de 29 de Noviembre de 2021.
Auto retenedores según Resolución No. 07859 de 01-Sep-2005
Agente de Retención de I.V.A e I.C.A - Responsable del IVA
No sujetos a Retención de I.C.A e I.V.A.
Resolucion DIAN No. 18764057296797 del 03/10/2023 al 03/04/2025 autoriza facturacion electronica del 124-1650001 al 124-3000000
Actividad Economica CIIU 8699

PÁGA TU FACTURA A TIEMPO Y EVITA QUEDAR DESPROTEGIDO

GABRIEL BARRAGAN BARACALDO

CC 80777398

Fecha de Emisión: 26/01/2024 06:25:34
Fecha Validación DIAN: 26/01/24

Pagar antes del: 06/02/2024
Condición de pago : CREDITO

Suspensión de servicios a partir de: 11/02/2024

CARRERA 6 # 21 A - 41 CASA 27
CHIA

Contrato: 20605216606

305317

PAGAR EN LÍNEA

SALDO A PAGAR

COP 261.975

CONCEPTO - PERÍODO 01/02/2024 A 29/02/2024	VALOR
Cuota Medicina Prepagada	COP 269.500
Descuento Comercial	COP -20.000
Subtotal	COP 249.500
Iva 5%	COP 12.475

VALOR FACTURADO COP 261.975

Items Facturados 1

EXTRACTO AL 26/01/2024

FECHA	CONCEPTO	TRANSACCIÓN	VALOR CRÉDITO	VALOR DÉBITO	SALDO
	Saldo al 28/12/2023				COP 228.270
28/12/2023	Factura	124-1714702	COP 261.975		COP 490.245
28/12/2023	PAGO	22664493		COP 228.270	COP 261.975
17/01/2024	PAGO	22983827		COP 261.975	COP 0
	Saldo anterior a la emisión de este documento				COP 0

Informarte es parte de nuestra responsabilidad, por eso queremos que conozcas los derechos y deberes que tienes como paciente en nuestra red Medica. Consultalos en colsanitas.com seccion derechos y deberes..



CUFE: 87d102e5edaf9af957227229fe9337a24aaf42d170b968c4c3526055c84c0ae52de17f2fb00584f8abd1ac53e2371306

PARA PAGAR UTILIZA ESTE CUPÓN

Medisanitas

800153424

(415)7707280352005(8020)00020605216606(3900)000000261975(96)20240229

DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	REFERENCIA DE PAGO
				20605216606
CONTRATO #			VALOR CUOTA PERIODO	PARA PAGO TOTAL
20605216606			261.975	

MEDIOS DE PAGO DE BANCOS

ENTIDAD	(*)VENTANILLA (PAGOS EN LINEA)	VENTANILLA	INTERNET	(**)DEBITO	CAJERO ELECTRÓNICO	(***) PSE
BANCOLOMBIA	●	●	●	●		●
BANCO BOGOTA	●	●	●	●	COD 7099	●
DAVIVIENDA	●	●	●	●		●
BANCO BBVA			●			●
OTROS				●		●
KIOSCOS MULTISERVICIOS Pago de Factura / Compra de Vales						

(*) Este pago Ingresa de forma inmediata a su contrato
(**) Debito de otras entidades Banco de Occidente, Banco BCSC, Citibank, Banco GNB Sudameris, Itau, Banco Popular.
(***) Aplica para todos los bancos del sistema Bancario a excepcion del Banco Agrario.

FORMA DE PAGO

CHEQUE #		EFECTIVO	
TARJETA #			
COD. BCO			
CÓDIGO		TOTAL	

1012349848

Proveedor Software de facturación: Sonda de Colombia S.A. Nit: 830001637-7, Beyond Health Software - Proveedor Tecnológico: Transfiriendo S.A. Nit. 900.032.159-4, Ifactura Software

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1019847214

Indicativo Serial 57872561

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 30 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

*** COLOMBIA *** CUNDINAMARCA *** BOGOTA D.C. ******

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARRAGAN	AVELLANEDA

Nombre(s)

SERGIO ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes ENE Día 12	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA **** CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C. *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14612923-1

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

AVELLANEDA SALAMANCA MONICA ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 35221414 DE LA CALERA	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BARRAGAN BARACALDO GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80777398 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BARRAGAN BARACALDO GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80777398 DE BOGOTA D.C.	Gabriel Barragan B.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes ENE Día 12	GUILLERMO HERNANDO BAYONA COMBARIZA

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA Notaría 30 treinta NOTARIA TREINTA BOGOTÁ, D.C. NOTARIO (E) GUILLERMO H. BAYONA COMBARIZA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

EL NOTARIO TREINTA (30) ENCARGADO DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C., HACE CONSTAR QUE LA PRESENTE COPIA FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DEL **REGISTRO CIVIL** DE ESTA NOTARIA Y QUE ES **AUTÉNTICA**.

SE EXPIDE PARA ACREDITAR **PARENTESCO** A SOLICITUD DEL INTERESADO.

ART. 114 Y 115 DECRETO LEY 1260 DE 1.970.

ESTA COPIA DE REGISTRO CIVIL NO TIENE CADUCIDAD – DEC. 2189 DE 1983

SE EXPIDE EN BOGOTÁ, D.C., HOY 15 ENE 2018

REPÚBLICA DE COLOMBIA Notaría 30 treinta NOTARIA TREINTA BOGOTÁ, D.C. NOTARIO (E) GUILLERMO H. BAYONA COMBARIZA

GUILLERMO HERNANDO BAYONA COMBARIZA
NOTARIO TREINTA (30) ENCARGADO DE BOGOTÁ D.C.
Carrera 15 No. 92-73 Pbx 6160030 notaria30@notaria30.net

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI
1.019.845.161

APELLIDOS / NOMBRES
BARRAGAN AVELLANEDA
MARIANA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
08-DIC-2015
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
08-MAY-2023

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
CHIA - CHIA

OFICINA DE ENTREGA
CHIA - CHIA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 08-NOV-2023

8508146542
08-MAY-2023