| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-03-01 | **Hasta:** | 2024-03-31 | |
| **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:** | 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 | 186 | 6 | 37000 | $7104000 | 103.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 7104000** | **SIETE MILLONES CIENTOCUATRO 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** | 7919788067 | - | | |
| **2024** | **FEBRERO** | **2024** | **03** | **18** | | | | |
| **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 | 2024-03-24 15:50:50 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | RICARDO MARTINEZ GALVIS | 2024-03-26 13:55:26 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-03-27 19:36:26 |

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**


***© Siasur - 2024***

# 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: | **7919788067** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/03/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 520869388 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **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

# 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: | | **7919788067** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/03/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 520869388 |

**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 | $ 426.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 426.400 | $ 0 | $ 426.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 426.400** | **$ 0** | **$ 426.400** |

**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 | $ 333.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 333.200 | $ 0 | $ 0 | $ 333.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 333.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 333.200** |

**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 | $ 65.000 | $ 65.000 | $ 0 | $ 0 | $ 65.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 65.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 65.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | 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 | CCF | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 80777398 | BARRAGAN BARACALDO GABRIEL | NDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 2.665.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 2.665.000 | $ 426.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 426.400 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 2.665.000 | $ 333.200 | $ 0 | $ 333.200 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.665.000 | 80777398 | $ 65.000 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 824.600** |

DAVIVIENDA

## Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
520869388

**Destino de pago**
SOI ACH

**Motivo**
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

**Fecha**
18/03/2024

**Número de aprobación**
00869388

**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 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf | CUENTA FEBRERO 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

BOGOTÁ, 18 DE MARZO 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

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

**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° 295965

Fecha Limite de Pago
27/03/2024

| CONCEPTO | ACUMULADO | N° CUOTAS VENCIDAS | VALOR VENCIDO | VALOR CUOTA CTE | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Ahorro Permanente | 1.647.443 | 4 | 45.706 | 11.933 | 57.639 |
| Aportes | 5.491.869 | 4 | 211.486 | 55.216 | 266.702 |
| Amparo Mutual de Incapacidad | 0 | 4 | 56.979 | 14.545 | 71.524 |
| Amparo Mutual de Invalidez | 0 | 4 | 51.820 | 13.228 | 65.048 |
| Amparo Mutual de Vida | 0 | 4 | 52.717 | 13.663 | 66.380 |
| Amparo Mutual de Vejez 08000000 | 11.284.254 | 4 | 60.956 | 15.895 | 76.851 |
| Fondo de Bienestar Social | 0 | 4 | 13.188 | 3.439 | 16.627 |
| Fondo Social Exequial | 0 | 4 | 21.111 | 5.389 | 26.500 |
| Fondo Formación integral | 0 | 4 | 13.188 | 3.439 | 16.627 |
| Fondo de Recreación | 0 | 4 | 123.430 | 32.187 | 155.617 |
| Fondo de Protección Social | 0 | 4 | 6.438 | 1.679 | 8.117 |

| CREDITO N° | LINEA | TASA % | AMP | SALDO ANTERIOR | CAPITAL | INT. CORRIENTE | CAP. VENCIDO | INT. VENCIDO | INT.DE MORA | SUBTOTALES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1000004991 | Vivienda | 11,40 | 275.938 | 145.788.132 | 1.660.066 | 1.323.375 | 6.485.506 | 5.358.360 | 190.506 | 15.293.751 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |




| CARGOS FIJOS | OBLIGACIONES | MENOS RESERVA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| $ 827.632 | $ 15.293.751 | $ 0 | $ 16.121.383 |

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 | $ 16.121.383 | | |
| PAGUESE ANTES DE | 27 | 03 | 2024 |

| RECIBO DE PAGO No. | 295965 |
|---|---|
| VALOR PAGADO | FECHA DE PAGO |
| $ | |

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

(415)7709998009844(8020)000080777398(8020)295965(3900)0016121383(96)20240405

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. 1241774618**

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:** 26/02/2024 06:28:18
Fecha Validación DIAN: 26/02/24

**Pagar antes del:** 06/03/2024
Condición de pago : CREDITO

**Suspensión de servicios a partir de:** 11/03/2024

CARRERA 6 # 21 A - 41 CASA 27
CHIA

**Contrato: 20605216606**

305500

PAGAR EN LÍNEA

**SALDO A PAGAR**

COP 261.975

| CONCEPTO - PERÍODO 01/03/2024 A 31/03/2024 | 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 26/02/2024

| FECHA | CONCEPTO | TRANSACCIÓN | VALOR CRÉDITO | VALOR DÉBITO | SALDO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Saldo al 26/01/2024 | | | | COP 0 |
| 26/01/2024 | Factura | 124-1744508 | COP 261.975 | | COP 261.975 |
| 20/02/2024 | PAGO | 23373288 | | COP 261.975 | COP 0 |
| | Saldo anterior a la emisión de este documento | | | | COP 0 |

Consulta y descarga los resultados de imagenes diagnosticas tomadas en nuestra infraestructura propia desde tu oficina virtual, ingresa a Colsanitas.com y en la seccion resultados medicos selecciona imagenes diagnosticas. Haz un gesto ecologico: Di no a los CD y al papel! El futuro es digital..




CUFE: 48f61d09fc254f1f091c558dff41b17b8b72f1f0e94d47800b5070051560f35a6e2a6dccbc4523c38d14fa5e90a7a2e5

PARA PAGAR UTILIZA ESTE CUPÓN

# Medisanitas

800153424

**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.

(415)7707280352005(8020)00020605216606(3900)000000261975(96)20240331

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

**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

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**