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:**	2024-03-15	**Hasta:**	2024-03-31	
Nombre del Contratista:	LUZ MERY SAAVEDRA HILARION		**Número de Documento:**	52291106	
Correo Electrónico:	luz_auxiliar@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3138838634	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4481-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	838
Perfil:	TECNICO				
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	$1979056	150.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1979056**	**UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y SEISPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-03-15		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-03-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-03-01	2024-04-30	1	$ 2460448	873

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1476269	**$ 3936717**	**$ 0**	**$ 3936717**

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

© Siasur - 2024

1	Relevar al cuidador(a).	-1. Se realiza las actividades de relevo en los tiempos pautados en el cronograma de trabajo, atendiendo dos relevos por día con una duración de 4 horas por cada sesión.	-Sistema de informacion estrategia de relevo subred- sur
2	Conocer el Plan de Cuidado que se diseñe, con el fin de Implementarlo.	-2. Conozco el plan de cuidado al agente que requiere el cuidado, con el fin de apoyar a sus diferentes necesidades aportando así a su desarrollo integral	-Sistema de informacion estrategia de relevo subred- sur
3	Presentarse Oportunamente a cada sesión de relevo programada.	-3. Me he presentado de manera puntal y oportuna con la mayor disposición con el fin de desarrollar actividades óptimas y de calidad	-istema de informacion estrategia de relevo subred- sur
4	Llevar una bitácora diaria de su labor en cada hogar, incluidas alertas, de manera que esta información pueda ser utilizada para la introducción de correctivos de la intervención.	3. Se ha llevado un registro diario (Bitacora) de las actividades desarrolladas con el agente que requiere el cuidado con el fin de proporcionar información del mismo en los tiempos que sea requerido	-Sistema de informacion estrategia de relevo subred- sur
5	Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en 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. Información pueda ser utilizada para la introducción de correctivos de la intervención.	-5. Se ha dado cumplimiento y ejecución a las diferentes obligaciones clausuladas en el contrato de acuerdo a la matriz entregada por la subred-sur. Llevandolas a cabo con total transparencia y calidad con el fin de cumplir con el objetivo del conveniodel área EAC RELEVOS y de esta manera atendiendo a la población en los territorios priorizados para su total monitoreo y seguimiento.	-Sistema de informacion estrategia de relevo subred- sur
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- se realiza asistencia a los comites , y fortalecimientos tecnicos , para llevar acabo el proceso de todas las actividades con el cuidador y al que esta asu cuidado	firmar lista de asistencia y acta de la reunion

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	005817395

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ MERY SAAVEDRA HILARION	2024-03-23 22:44:48
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ MERY SAAVEDRA HILARION	2024-03-26 08:41:12
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ MERY SAAVEDRA HILARION	2024-03-26 12:51:15
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-03-30 00:58:21
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-03-31 14:57:20

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.



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2024

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante	B. Cabeza de familia	C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual	• Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente	B. Independiente	C. Pensionado	554
B. Reporte de Novedades		• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado				
	B. Colectiva	C. Institucional					
	D. De oficio						

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo Femenino | Masculino | 10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad Tipo | Condición | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Dirección | Teléfono fijo | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Ciudad / Región | Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo Femenino | Masculino | 23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M T	Condición P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
B	1007
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficianos.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficianos o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en el cual conste la defunción de la persona afiliada: Copia del certificado de defunción de los padres del cotizante cuando los dos padres hayan fallecido.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de pensionado o en ordena la afiliación de oficio.

23 MAR 2024
Cód. 611 Ingrid Tatiana Rodríguez García
FUNCIONARIO A VERIFICACION

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicacion D D M M A A A A
69. Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aporte en marzo pago en abril Retiro por planilla cc 80 bcr 36.

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 07 de marzo de 2024

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

CERTIFICA:

Que LUZ MERY SAAVEDRA HILARION identificado(a) con cédula de ciudadanía 52291106 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 02/12/2017 **Fecha fin cobertura:** 31/03/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. *La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.*
2. *El propio de la actividad ejecutada por el contratista.*

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C5229110624067483 70

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUZ MERY SAAVEDRA HILARION identificado(a) con C.C No. 52.291.106, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 01 de diciembre del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Powered by CamScanner

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"
NIT 860035827 - 5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que LUZ MERY SAAVEDRA HILARION identificado con el documento No. 52.291.106

posee en la oficina RESTREPO (005) una cuenta de ahorros

No. 005817395 desde el 24 de abril de 2006

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 04 días del mes de diciembre de 2023

Atentamente,

Gerente Oficina 028

Esta certificación tiene un costo de $ 13.950,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

Powered by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

Buscador de tareas | Mis procesos | Menú | ir un

UTC -5 19:56:00
LUZ MERY SAAVEDRA...

Buscar...

Escritorio ➞ Menú ➞ **Administración de contratos**

Volver | **Últimas modificaciones** | Todos | Seleccionar

contratoBuscar

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Ultimas modificaciones

Identificación del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Vi
4800160	4481-2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE	Entidad Estatal	8 días de tiempo transcurrido *(15/03/2024 8:23:46 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8 días para terminar *(31/03/2024 23:59:00(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	LUZ MERY SAAVEDRA HILARION	
1468898	4765-2021	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	Entidad Estatal	02/01/2021 7:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/06/2021 11:50:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	LUZ MERY SAAVEDRA HILARION	

OPCIONES

VER

- Ultimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

FKzCNcPGzS

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

LUZ MERY SAAVEDRA HILARION

52291106

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática de la

INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para constancia se expide

23 de marzo de 2024

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

BOGOTÁ

Powered by CamScanner