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:**	2024-05-01	**Hasta:**	2024-05-31	
Nombre del Contratista:	ANTONIO ARISTIDES RAMOS BARROSO		**Número de Documento:**	995462	
Correo Electrónico:	antonioramosbarroso@gmail.com		**Número Telefónico:**	3208065189	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5844-2023	**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	$10146014	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 10146014**	**DIEZ MILLONES CIENTOCUARENTA Y SEIS MIL CATORCEPESOS**		

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	$ 26503086	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 15450489	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 1860322	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 16395650	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 12267804	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 14640351	609

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 18015926	873
8	2024-05-01	2024-05-31	8	$ 5208030	1416

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 5208030
2	JUNIO	$ 7098352
3	JULIO	$ 11187620
4	AGOSTO	$ 7368398
5	SEPTIEMBRE	$ 11061175
6	OCTUBRE	$ 8988674
7	NOVIEMBRE	$ 9297298
8	DICIEMBRE	$ 7098352
9	ENERO	$ 9181564
10	FEBRERO	$ 10628239
11	MARZO	$ 10647528
12	ABRIL	$ 7792756

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 7098352	**$ 117440010**	**$ 105557986**	**$ 11882024**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	1. Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	-Se apoyó y atendió a cada integrante del hogar independientemente de su régimen de afiliación	-Se entregaron los formatos pertinentes individuales de atención de todo s los miembros del hogar atendido, incluida la historia clinica
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 realizo la corrección oportuna según requisitos de calidad	-Se entregaron los documentos corregidos , según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validacion
3	3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	-Se realizo la entrega al geografo de mapas y rutas finalizadas	-Se entrego en físico la documentación correspondiente a mapas y rutas finalizadas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 realizaron recomendaciones en salud de manera individual al finalizar cada intervención	-Se organizaron los soportes documentales según directrices del sistema
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 organizaron los soportes documentales según directrices del sistema	-Se entrego en físico para archivo los soportes de acciones según el cargo
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 realizo el abordaje de riesgos de salud para la familia según los formularios oficiales	-Se entrego la historia clínica digital con las acciones de abordaje en riesgos sociales y de salud identificados en la intervencion
7	7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	-Se realizaron las actividades establecidas en la guía operativa vigente aprobada	-Se entregaron los soportes de todas las actividades realizadas según indicaciones de la guía operativa aprobada
8	8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	-Se realizaron las actividades según el esquema de operación rural según la asignación	-Se entregaron los soportes de realización de actividades en el sector rural según programación asignada
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Se realizaron las mediciones y tamizajes necesarios para la valoración en salud e identificación de riesgos	-Se entrego la información en historia clinica con tamizajes realizados e identificación de riesgos
10	10. Referir mediante 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 refirieron mediante plataforma SIRC a usuarios de otras EAPB según su requerimiento	-Se entrego el soporte de remisión por SIRC de cada usuario que asi lo requirio
11	11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Se registraron de forma oportuna en los instrumentos establecidos, toda la información de instrumentos de control	-Se entregaron los instrumentos de control establecidos con toda la información registrada en las actividades de valoracion
12	12. Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y- Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente.	-Se realizaron las fichas de notificación de eventos en salud publica según el caso pertinente	-Se entrego anexo a historia clínica, según el caso, la ficha de notificación de evento en salud publica

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	13. Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar.	-Se registraron en la historia clínica, las formulas , remisiones e interconsultas según la necesidad del paciente	-Se entregaron las historias clínicas digitales con anexos de solicitudes según el caso en particular, como formulas, interconsultas y examenes
14	14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida.	-Se realizo la verificación para que todos los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud	-Se entrego el plan de actividades para que los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promocion y mantenimiento de la salud
15	15.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 dio cumplimiento al cumplimiento de las obligaciones de acuerdo a la matriz programática, realizando puntualmente el abordaje territorial y visitas asignadas a las poblaciones de territorios priorizados	-Se guardó constancia del cumplimiento de las obligaciones y lineamientos según matriz programática para atención a la población de territorios priorizados, quedando correctamente diligenciados los consentimientos de la visita, las historias clínicas, formularios de atención y valoración integral

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	76895727	-		$ 7792756
2024	ABRIL	2024	05	06				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		SIETE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	SI	NO OBLIGADO APORTE PENSIÓN (EXTRANJEROS - CABILDOS)	$ 3117102	$ 498736	**$ 0**
Salud		SALUD TOTAL		$ 389638	**$ 531900**
ARL	3	SURA		$ 75933	**$ 103700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 904645**	**$ 635600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0391310125

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANTONIO ARISTIDES RAMOS BARROSO	2024-05-23 17:52:59
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-28 10:27:31
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANTONIO ARISTIDES RAMOS BARROSO	2024-05-29 21:09:12
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-30 08:59:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-31 19:06:54



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	995462	ANTONIO ARISTIDES RAMOS BARROSO	AV CRA 14 # 49 - 55 APT 606	7477702	ANTONIORAMOSBARROSO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	06/05/2024	76895727	$635.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	531.900	0		0		0	0	0	0	531.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	103.700				103.700	0	0	103.700			1.037	103.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	531.900	531.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	103.700	103.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	635.600	635.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	995462	ANTONIO ARISTIDES RAMOS BARROSO	AV CRA 14 # 49 - 55 APT 606	7477702	ANTONIORAMOSBARROSO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	06/05/2024	76895727	$635.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CE	995462	RAMOS BARROSO ANTONIO ARISTIDES	57	0	X		N																			0	0	0	0	0	0	EPS002	4.255.000	531.900	14-11	4.255.000	3	103.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BBVA

Pago exitoso

$635.600,00

6 may, 2024--2:13:27 PM

Producto o servicio	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social **COMPENSAR-OI**
Pagaste con	Cuenta de Ahorros ***0125**
Código de confirmación (CUS)	622404060
IP	N/A

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

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 5844-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5844-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5844-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5844-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5844-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5844-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5844-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5844-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 5844-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 5844-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 5844-2023.pdf	CUENTA MARZO CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 5844-2023.pdf	CUENTA ABRIL CTO 5844-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE

SUBGERENTE REYES MURILLO HIGUERA

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

SALUDOS

YO, ANTONIO ARISTIDES RAMOS BARROSO, IDENTIFICADO CON CEDULA DE EXTRANJERIA 995462, CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL DE AMED, EXPONGO BAJO CONCEPTO DE DECIR LA VERDAD, QUE NO COTIZO PENSION EN CUBA NI EN COLOMBIA.

TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN LA RESOLUCION 2388 DE 2016, UN COTIZANTE EXTRANJERO NO ESTA OBLIGADO A COTIZAR AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES SEGÚN LA LEY, PERO SI DEBE COTIZAR LOS DEMAS SISTEMAS DE SALUD Y ARL.

POR OTRO LADO Y DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 5828 DE 2016, LOS TIPOS DE DOCUMENTOS VALIDOS PARA LOS COTIZANTES CON CONDICION DE EXTRANJERO, NO OBLIGADO A COTIZAR A PENSIONES SON CE, PA, CD, SC.

TODO LO ANTERIOR PARA TRÁMITES



ATENTAMENTE

DR ANTONIO ARISTIDES RAMOS BARROSO

CE 995462

BOGOTÁ DC, COLOMBIA

15 DE SEPTIEMBRE DE 2023

ATENTAMENTE A:

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE

SUBGERENTE REYES MURILLO HIGUERA

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

DEPARTAMENTO DE CONTRATACION

A QUIEN PUEDA INTERESAR

SALUDOS

YO, ANTONIO ARISTIDES RAMOS BARROSO, IDENTIFICADO CON CEDULA DE EXTRANJERIA 995462, CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL DE LA SUB RED SUR, PROGRAMA TERRITORIAL SALUD A MI BARRIO

LES SOLICITO FORMALMENTE ME ***DISMINUYAN EL POR CIENTO DE RETENCION EN LA FUENTE*** DE MIS HONORARIOS MENSUALES, YA QUE SOY CABEZA DE HOGAR Y TENGO UNA PERSONA MAYOR DE 60 AÑOS A MI CARGO Y RESPONSABILIDAD, QUE ES MI SEÑORA MADRE, POR LO QUE LES HAGO LA SOLICITUD
ADJUNTO DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION CORRESPONDIENTES

TODO LO ANTERIOR PARA TRÁMITES



ATENTAMENTE

DR ANTONIO ARISTIDES RAMOS BARROSO

CE 995462



COL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cédula de Extranjería

995462

RESIDENTE No. 995462

APELLIDOS: RAMOS BARROSO

NOMBRES: ANTONIO ARISTIDES

NACIONALIDAD: CUB

FECHA DE NACIMIENTO: 1989/02/16

SEXO: M RH: O+

F. EXPEDICIÓN: 2021/05/13

VENCE: 2026/05/13

FIRMA

INDICE DERECHO



P483458

El titular de este documento debe notificar a MIGRACIÓN COLOMBIA cualquier cambio en la condición o información migratoria.

The holder of this document must notify MIGRACIÓN COLOMBIA any change of information or immigration status.

www.migracioncolombia.gov.co

Director Migración Colombia

Juan Francisco Espinosa P.

I<COL995462<<<3<<<<<<<<<<<<<<<

8902166M2605133CUB<<<<<<<<<<<2

RAMOS<BARROSO<<ANTONIO<ARISTID


COL
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Cédula de Extranjería
RESIDENTE No. 1169169
1169169
APELLIDOS: BARROSO PICHS
NOMBRES: MARIA ANTONIA
NACIONALIDAD: CUB
FECHA DE NACIMIENTO: 1959/06/13
SEXO: F
RH: O+
F. EXPEDICIÓN: 2021/12/13
VENCE: 2026/12/13
FIRMA
INDICE DERECHO


P512315
El titular de este documento debe notificar a MIGRACIÓN COLOMBIA cualquier cambio en la condición o información migratoria.
The holder of this document must notify MIGRACIÓN COLOMBIA any change of information or immigration status.
www.migracioncolombia.gov.co
Director Migración Colombia
Juan Francisco Espinosa P.
I<COL1169169<<1<<<<<<<<<<<<<<<
5906130F2612133CUB<<<<<<<<<<<0
BARROSO<PICHS<<MARIA<ANTONIA<<