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:**	2024-07-01	**Hasta:**	2024-07-31	
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. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 13542000	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 13542000	1547

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 6660000
2	MARZO	$ 7104000
3	ABRIL	$ 6660000

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	MAYO	$ 6660000
5	JUNIO	$ 6660000
6	JULIO	$ 7104000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20646000	**$ 47730000**	**$ 40848000**	**$ 6882000**

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

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

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	7935119086	-		
2024	JUNIO	2024	07	22				
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	2024-07-26 13:58:15
ACEPTADO SUPERVISIÓN	RICARDO MARTINEZ GALVIS	2024-07-26 15:51:42
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-07-30 16:59:33
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	2024-08-13 14:59:30

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
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:		**7935119086**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		792774349

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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 80777398	BARRAGAN BARACALDO GABRIEL	INDEPENDIENTE 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

TOTAL	**$ 824.600**

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:	**7935119086**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		792774349

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
792774349

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
22/07/2024

Número de aprobación
00774349

Dirección IP
136.226.58.85

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.
DAVIVIENDA

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
☐	CUENTA MARZO 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf	CUENTA MARZO 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf	CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf	CUENTA MAYO 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf	CUENTA JUNIO 2024 - CTO. 1315 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

BOGOTÁ, 22 DE JULIO 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

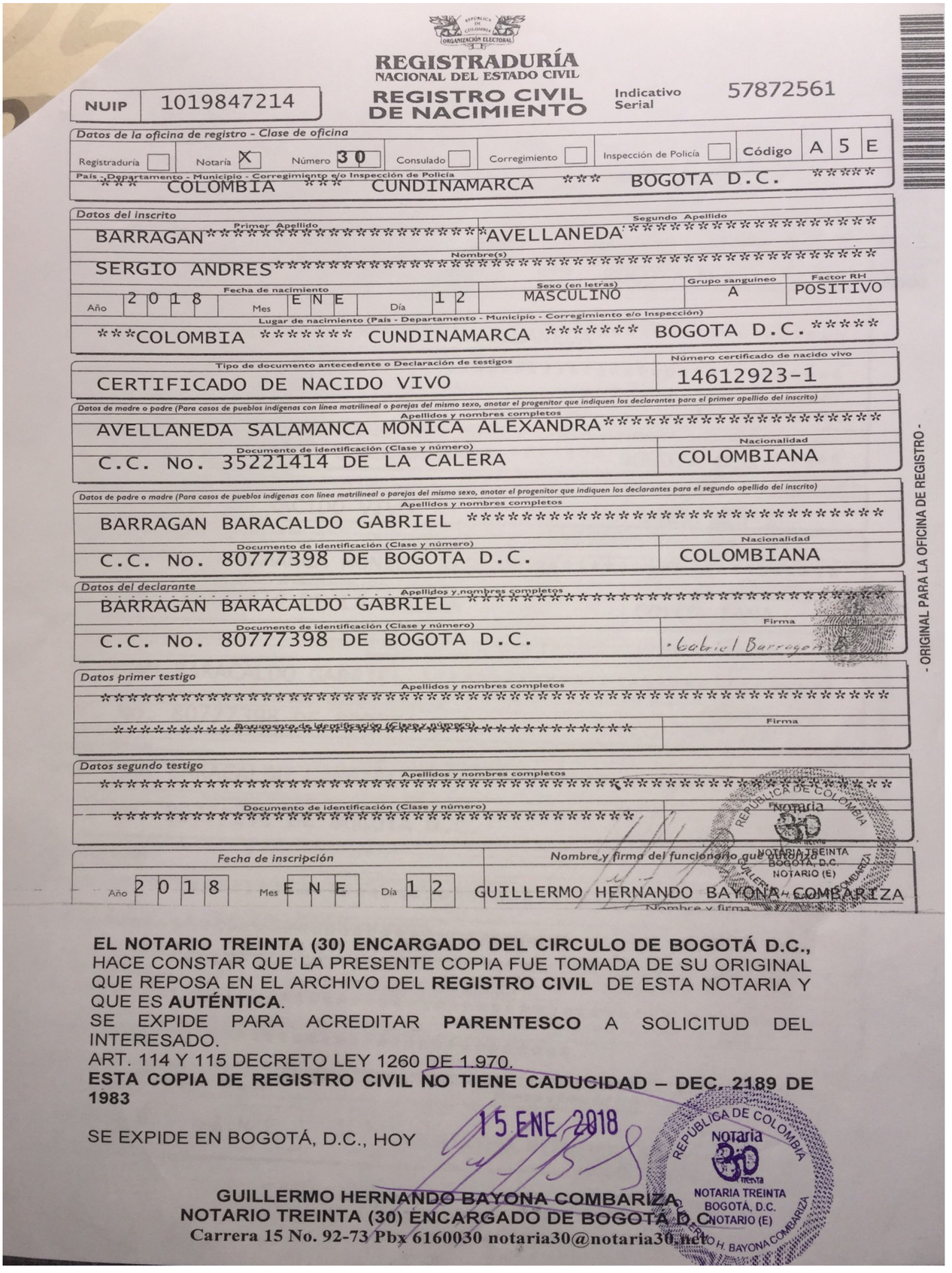
CC 80777398 de Bogotá

Medico hospitalario

Celular: 3028445456

Correo: gaba505111@yahoo.com

Anexo registro civil de mis dos hijos



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: BARRAGAN**********

Segundo Apellido: AVELLANEDA**********

Nombre(s): SERGIO ANDRES**********

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes ENE Día 12

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

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

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número 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): C.C. No. 35221414 DE LA CALERA

Nacionalidad: 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): C.C. No. 80777398 DE BOGOTA D.C.

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BARRAGAN BARACALDO GABRIEL **********

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

Firma: 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: Año 2018 Mes ENE Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza: GUILLERMO HERNANDO BAYONA COMBARIZA

Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria 30 treinta NOTARIA TREINTA BOGOTA, 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

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria 30 treinta NOTARIA TREINTA BOGOTA, 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

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)

1

RECIBO N° 344879

Fecha Limite de Pago
31/07/2024

CONCEPTO	ACUMULADO	N° CUOTAS VENCIDAS	VALOR VENCIDO	VALOR CUOTA CTE	TOTAL
Ahorro Permanente	1.717.015	2	23.866	11.933	35.799
Aportes	5.813.787	2	110.432	55.216	165.648
Amparo Mutual de Incapacidad	0	2	29.090	14.545	43.635
Amparo Mutual de Invalidez	0	2	26.456	13.228	39.684
Amparo Mutual de Vida	0	2	27.326	13.663	40.989
Amparo Mutual de Vejez 08000000	11.659.267	2	31.790	15.895	47.685
Fondo de Bienestar Social	0	2	6.878	3.439	10.317
Fondo Social Exequial	0	2	10.778	5.389	16.167
Fondo Formación integral	0	2	6.878	3.439	10.317
Fondo de Recreación	0	2	64.374	32.187	96.561
Fondo de Protección Social	0	2	3.358	1.679	5.037

CREDITO N°	LINEA	TASA %	AMP	SALDO ANTERIOR	CAPITAL	INT. CORRIENTE	CAP. VENCIDO	INT. VENCIDO	INT.DE MORA	SUBTOTALES
1000004991	Vivienda	11.40	153.942	135.966.723	1.724.053	1.259.388	3.399.586	2.492.438	113.617	9.143.024



Pagar oportunamente el *aviso de cobro*

es seguir disfrutando los beneficios exclusivos de crédito preferencial y tasas bajas.

IMPORTANTE

Si usted recibió un periodo de gracia en el 2020, los intereses aplazados no están reflejados en los saldos de su estado de cuenta y se liquidarán cuando se pague la totalidad del crédito.

Aviso previo al reporte de Centrales de Información Financiera

La mora en 1 o más cuotas, ocasionará el reporte negativo ante las Centrales de Información Financiera.

Si al perder su calidad de asociados y una vez liquidados su aportes y ahorros, presenta saldo por pagar a PROMEDICO, su cartera será traslada a una agencia de cobranza externa.

CARGOS FIJOS	OBLIGACIONES	MENOS RESERVA	TOTAL A PAGAR
$ 511.839	$ 9.143.024	$ 0	$ 9.654.863

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	$	9.654.863	
PAGUESE ANTES DE	31	07	2024

RECIBO DE PAGO No.	344879
VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO
$	

FORMA DE PAGO

EFECTIVO $ | CHEQUE $

INFORMACION DEL CHEQUE

COD.BANCO | CHEQUE No.

TOTAL PAGADO

(415)7709998009844(8020)000080777398(8020)344879(3900)0009654863(96)20240805

PROMEDICO CALI
CAJA

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



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
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N
Somos Grandes Contribuyentes Según Resolución DIAN No.12220 del 27 d

Somos Grandes Contribuyentesde los Impuestos Distitalesde Bogotáseguin
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: 27/06/2024 12:14:00
Fecha Validación DIAN: 27/06/24
Pagar antes del: 06/07/2024
Condición de pago : CONTADO
Suspensión de servicios a partir de: 11/07/2024

CARRERA 6 # 21 A - 41 CASA 27
CHIA

Contrato: 20605216606

PAGAR EN LÍNEA

CONCEPTO - PERÍODO 01/07/2024 A 31/07/2024	VALOR
Cuota Medicina Prepagada	COP 269.500
Descuento Comercial	COP -20.000
Subtotal	COP 249.500
Iva 5%	COP 12.475

SALDO A PAGAR

COP 261.975

VALOR FACTURADO COP 261.975
Items Facturados 1

EXTRACTO AL 27/06/2024

FECHA	CONCEPTO	TRANSACCIÓN	VALOR CRÉDITO	VALOR DÉBITO	SALDO
	Saldo al 28/05/2024				COP 0
28/05/2024	Factura	124-1865596	COP 261.975		COP 261.975
26/06/2024	PAGO	24865558		COP 261.975	COP 0
	Saldo anterior a la emisión de este documento				COP 0

Sin desplazamientos gestiona tus autorizaciones en línea y resuelve tus inquietudes sobre los servicios que requieres con nuestro Asesor en Línea, atención personalizada por chat o videollamada. Más información en columnitas con sección Asesor en línea.

Esto te puede interesar

CUFE: 70610f9b51ce7907673b90a2722282bc0a92cfd1ecbd0eeb2344da3e6be27cc2f1f8673ddb73e6c458f30fef7b1479b7296ea

PARA PAGAR UTILIZA ESTE CUPÓN

Medisanitas
800153424

MEDIOS DE PAGO EN BANCOS

ENTIDAD	**VENTANILLA (PESOS COLOMB.)	VENTANILLA	INTERNET	***DEBITO	CAJERO ELECTRONICO	****PSE
BANCOLOMBIA	●	●	●	●		●
BANCO BOGOTA	●	●	●	●	CED ZONA	●
DAVIVIENDA	●	●	●	●		●
BANCO BBVA			●			●
EFECTY				●		●
ACH COLOMBIA/PAGOS PSE - Pago de factura/ Compra de bienes						

(*) Con pago/ingreso de forma inmediata a su cuenta
(**) Debito de otras entidades Banco de Occidente, Banco BCSC, Citibank, Banco GNB Sudameris, Bsa, Banco Popular
(***) Aplica para todos los bancos del sistema. Este costo es asumido por el Banco Agrario

(415)7707280352005(8020)000206052160606(3900)000000261975(96)20240731

DÍA	MES	AÑO	CLIENTE	REFERENCIA DE PAGO
			20605216606	261.975

FORMA DE PAGO

CHEQUE #		EFECTIVO	
TARJETA #			
COD. BCO			
CÓDIGO		TOTAL	

1012349848

Página 1 de 2

Proveedor Software de facturación: Sonda de Colombia S.A. Nit 8060 00577 Payroll Health Software - Proveedor Tecnológico: TransMission S.A. Nit. 900.032.199-4 Hectura Software

Ad Lulo - Maneja tus finanzas
INSTALAR