COLCAN

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre | ARIAS GOMEZ AIDE MIREYA | | |
| Identificación | CC 52368088 | Tel. | 999999999 |
| Edad | 47 Años 11 Meses 5 Dias | Sexo | F |
| Médico | MEDICOS VARIOS | | |
| No. Ordenamiento | | | |
| Fecha de nacimiento | 16-ene.-1977 | | |

| | |
|---|---|
| Fecha de recepción: | 21/12/2024 |
| Fecha Muestra | 21/12/2024 |
| Fecha de Impresion: | 23/12/2024 |
| Empresa | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR |
| Sede | REFERENCIA |

122100475

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE** | 54.1 | mUI/mL | |
| **Metodo: Quimioluminiscencia** | | | |

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml

SEBASTIAN HERNANDEZ ALFARO
C.C 1018433916
BACTERIOLOGO

21-dic.-2024 7:07 pm

MAYRA ALEJANDRA SANTAFE GIL
C.C 1030562383
BACTERIÓLOGA

22-dic.-2024 4:23 am

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52368088 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | AIDE MIREYA ARIAS GOMEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CR 5 BIS # 22 C 81 SUR | TELÉFONO: | 3662810 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | **7952797489** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2025/01/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1167305544 |

**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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 225.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 225.300 | $ 0 | $ 225.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 225.300** | **$ 0** | **$ 225.300** |

**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 |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 176.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 176.000 | $ 0 | $ 0 | $ 176.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 176.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 176.000** |

**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 | $ 34.300 | $ 34.300 | $ 0 | $ 0 | $ 34.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 34.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 34.300** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 8.500 | $ 0 | $ 8.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 8.500** | **$ 0** | **$ 8.500** |

**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 | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| 1 | CC 52368088 | ARIAS GOMEZ AIDE MIREYA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.549.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.408.000 | $ 225.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 225.300 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.408.000 | $ 176.000 | $ 0 | $ 176.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.408.000 | 52368088 | $ 34.300 | 30 | $ 1.408.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 8.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 444.100** |

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ENERO.pdf (Archivado) | ENERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | mireya.pdf (Archivado) | mireya.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | Informe de Actividades Febrero.pdf (Archivado) | Informe de Actividades Febrero.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2848-2024.pdf | 2848-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | 2848-2024 CUENTA MARZO.pdf (Archivado) | 2848-2024 CUENTA MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf | MARZO 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 2848 - 2024 .pdf | ABRIL 2848 - 2024 .pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2848-2024 MAYO 2024 AIDE M. ARIAS.pdf | 2848-2024 MAYO 2024 AIDE M. ARIAS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2848-2024 JUNIO AIDE ARIAS_5.pdf | 2848-2024 JUNIO AIDE ARIAS_5.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf | JULIO 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | AGOSTO_2848-2024_AIDE_ARIAS.pdf (Archivado) | AGOSTO_2848-2024_AIDE_ARIAS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO 2848-2024 AIDE ARIAS OK.pdf | AGOSTO 2848-2024 AIDE ARIAS OK.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf | SEPTIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | OCTUBRE 2848-2024 AIDE M. ARIAS.pdf | OCTUBRE 2848-2024 AIDE M. ARIAS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | NOVIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf (Archivado) | NOVIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | NOVIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS (1).pdf (Archivado) | NOVIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | NOVIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS OK.pdf | NOVIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS OK.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DICIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf | DICIEMBRE 2848-2024 AIDE ARIAS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-01-01 | **Hasta:** | 2025-01-20 | |
| **Nombre del Contratista:** | AIDE MIREYA ARIAS GÓMEZ | | **Número de Documento:** | 52368088 | |
| **Correo Electrónico:** | amariasg1977@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3184015237 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2848-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 480 |
| **Perfil:** | TERAPEUTA RESPIRATORIO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M12TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS TUNAL | 132 | 0 | 19550 | $2580600 | 101.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2580600** | **DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS 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 | $ 6803400 | 1016 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 7389900 | 1553 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 7272600 | 2136 |
| 4 | 2024-10-01 | 2024-11-30 | 4 | $ 3401700 | 2617 |
| 5 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 5 | $ 3519000 | 2773 |
| 6 | 2024-12-31 | 2025-01-09 | 6 | $ 1290300 | 2962 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 7 | $ 1661750 | 26 |
| 8 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 8 | $ 1661750 | 26 |
| 9 | 2024-12-31 | 2025-01-09 | 9 | $ 1290300 | 2962 |
| 10 | 2025-01-01 | 2025-01-09 | 10 | $ 1290300 | 2962 |
| 11 | 2025-01-09 | 2025-01-20 | 11 | $ 1661750 | 26 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3401700 |
| 2 | MARZO | $ 3870900 |
| 3 | ABRIL | $ 3519000 |
| 4 | MAYO | $ 3636300 |
| 5 | JUNIO | $ 3284400 |
| 6 | JULIO | $ 3636300 |
| 7 | AGOSTO | $ 3753600 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3636300 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3636300 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3401700 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 3519000 |
| 12 | ENERO | $ 2580600 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 10908900** | **$ 48151650** | **$ 41876100** | **$ 6275550** |

| 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 (profesional de apoyo terapeutico) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes. | -CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO | -HISTORIA CLINICA |
| 2 | 2). Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | -BRINDAR UNA ATENCION HUMANA | -HISTORIA CLINICA |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 3 | 3). Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas 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). | -REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS | -HISTORIA CLINICA |
| 4 | 4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de apoyo terapeutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad. | -EJECUTAR LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS | -HISTORIA CLINICA |
| 5 | 5) Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud. | -APOYO EN LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES | -HISTORIA CLINICA |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -TRABAJAR INTERDISCIPLINARIAMENTE CON LOAS DEMAS ESPECIALIDADES | -HISTORIA CLINICA |
| 7 | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | -CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO TENIENDO EN CUENTA LOS ESTANDARES DE CALIDAD Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD | -HISTORIA CLINICA |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | -SUMINISTRAR INFORMACION CLARA Y VERAZ | -HISTORIA CLINICA |
| 9 | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -CUMPLIR CON TODAS LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS | -HISTORIA CLINICA |

## 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 | 7952797489 | - | | $ 3519000 |
| 2024 | DICIEMBRE | 2025 | 01 | 02 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | TRES MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL PESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1407600 | $ 225216 | **$ 225300** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 175950 | **$ 176000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 34289 | **$ 34300** |
| Caja de Compensación | SI | COMPENSAR | **Total** | **$ 408514** | **$ 435600** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870207638 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | AIDE MIREYA ARIAS GOMEZ | 2025-01-27 19:22:50 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-01-27 19:28:18 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-01-29 10:37:52 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-02-18 15:48:44 |

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.



**NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA**
**DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS**