aportes en línea

# Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79747619 | | RINCON AMAYA JULIAN ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 161 No. 54-25 Torre 1 Apto. 507 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3212367736 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 1276372061 | 9481777330 | I | 2025/02/06 | 2025/02/18 | BANCO DAVIVIENDA | 12 | $2,639,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo id | No id | Nombre | Tipo Cotizante | Horas Laboradas | Extranjero | Temp. Ext. | Fecha Radicación en el Exterior | ing | Fecha ing | ret | Fecha ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | Fecha Inicio vsp | cor | vst | sln | Fecha Inicio sln | Fecha Fin sln | ige | Fecha Inicio ige | Fecha Fin ige | lma | Fecha Inicio lma | Fecha Fin lma | vac-lr | Fecha Inicio vac-lr | Fecha Fin vac-lr | avp | vc |
| 1 | CC | 79747619 | RINCON AMAYA JULIAN ANDRES | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total** | **Afiliados(1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | SALARIO | | | PENSION | | | | | | | | | | | | | SALUD | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| t | Fecha Inicio vct | Fecha Fin vct | irl | Fecha Inicio irl | Fecha Fin irl | vip | Valor | Integral | Tipo de Salario | Administradora | Dias | IBC | Tarifa | Tarifa Alto Riesgo Pensión | Valor Cotización | Cotización Voluntaria Empleador | Cotización Voluntaria Afiliado | Fondo Solidaridad Pensional | Fondo Subsistencia | Valor No retenido | Total | AFP Destino | Administradora | Dias | IBC | Tarifa | Valor Cotización | Valor UPC |
| | | | | | | | $ 7.870.000 | No | | PORVENIR | 30 | $ 8.200.000 | 16% | SIN RIESGO | $ 1.312.000 | $ 0 | $ 0 | $ 41.000 | $ 41.000 | $ 0 | $ 1.394.000 | | SANITAS | 30 | $ 8.200.000 | 12,5% | $ 1.025.000 | $ 0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 1.394.000 | | | | | | $ 1.025.000 | |

aportes en línea

# Planilla Integrada

| | | CCF | | | | | RIESGOS | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total | EPS Destino | Administradora | Dias | IBC | Tarifa | Valor Cotización | Administradora | Dias | IBC | Tarifa | Clase Riesgo | Valor Cotización | Dias | IBC | Tarifa SENA | Valor Cotización SENA | Tarifa ICBF | Valor Cotización ICBF | Tarifa ESAP | Valor Cotización ESAP | Tarifa MEN | Valor Cotización MEN | Exonerado SENA e ICBF |
| $ 1.025.000 | | | 0 | $ 0 | 0% | $ 0 | SEGUROS BOLIVAR | 30 | $ 8.200.000 | 2,436% | 3 | $ 199.800 | 0 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | No |
| $ 1.025.000 | | | | | | $ 0 | | | | | | $ 199.800 | | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | |

aportes en línea

# Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79747619 | | RINCON AMAYA JULIAN ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 161 No. 54-25 Torre 1 Apto. 507 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3212367736 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 1276372061 | 9481777330 | I | 2025/02/06 | 2025/02/18 | BANCO DAVIVIENDA | 12 | $2,639,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,394,000 | $11,300 | $0 | $1,405,300 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $1,394,000 | $11,300 | $0 | $1,405,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $199,800 | $1,600 | $0 | $201,400 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $199,800 | $1,600 | $0 | $201,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,025,000 | $8,200 | $0 | $1,033,200 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $1,025,000 | $8,200 | $0 | $1,033,200 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$2,618,800** | **$21,100** | **$0** | **$2,639,900** |

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
7e5e81c0ab1e062ccb9911fb907f009994e18963a5ca22f3a0b00f20160fb7152f7c92b4babd2c2d83cb2b116407db80

**Número de Factura:** FE-66
**Fecha de Emisión:** 24/02/2025
**Fecha de Vencimiento:** 01/03/2025
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** RINCON AMAYA JULIAN ANDRES
**Nombre Comercial:** RINCON AMAYA JULIAN ANDRES
**Nit del Emisor:** 79747619
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:**R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CL 161 54 25 TO 1 A P 507
**Teléfono / Móvil:** 3212367736
**Correo:** julianrinconamaya@yahoo.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E / SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900958564
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-13
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CRA 20 47B 35
**Teléfono / Móvil:** 7300000
**Correo:** facturacionelectronica@subredsur.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | ESPC | M ESPECIALISTA | NIU | 204,00 | $ 96.254,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 19.635.816,00 |

### Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
24/02/2025 08:16:42
**Documento validado por la DIAN:**
24/02/2025 08:16:43
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 19635816 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 19635816 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 19635816 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 19635816 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 19.635.816,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 19.635.816,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 19.635.816,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 19.635.816,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764085151354 Rango desde: 60 Rango hasta: 200 Vigencia: 2025-06-11

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 ENERO Nº2402-2025 JULIAN RINCON.pdf | CUENTA ENERO Nº2402-2025 JULIAN RINCON.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:** | 2025-02-01 | **Hasta:** | 2025-02-28 | |
| **Nombre del Contratista:** | JULIAN ANDRES RINCON AMAYA | | **Número de Documento:** | 79747619 | |
| **Correo Electrónico:** | julianrinconamaya@yahoo.com | | **Número Telefónico:** | 3212367736 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JHON EDISON PARRA MANCIPE | **Cargo:** | MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2402-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J03ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 180 | 24 | 96254 | $19635816 | 109.7% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 19635816** | **DIECINUEVE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS DIECISEISPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-01-17 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-08-31 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 14534354 |
| 2 | FEBRERO | $ 19635816 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 125322708** | **$ 125322708** | **$ 34170170** | **$ 91152538** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(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. | -PRESTAR SERVICIOS DE PERFIL (MÉDICO(A) ESPECIALIZADO(A)) ACORDE CON LA LEX ARTIS, SEGÙN NECESIDAD DE LA SUBRED SUR ESE, DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES | -AUDITORIA REALIZADA 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. | -A TRAVES DE LA ENTREGA DE INFORMACION A FAMILIARES PROVOMOCER LA INTEGRACION AL CUIDADO DEL BEBE Y FORTALACER EL CUIDADO INTEGRAL | -DINAMICA GERENCIAL |
| 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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | -REALIZAR FORMULACION DE MEDICAMENTOS , ORDENES Y/O INTERPRETACION DE APOYO DIAGNOSTICO A LOS PACIENTES DEL SERVICIO | -DINAMICA GERENCIAL |
| 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 | -PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA SOCIALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES | -LISTAS DE ASISTENCIA |
| 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. | -EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR LA CONDUCTA MEDICA PERTINENTE A TRAVES DE LA INTERPRETACION DE EXAMENES Y/O IMAGENES DIAGNOSTICAS Y BRINDAR EDUCACION A LA FAMILIA | -RTICULAR ACCIONES CON LOS EQUIPOS MISIONALES PARA EL MANEJO INTEGRAL Y CUIDADO DEL PACIENTE, CONFORME LO ESTABLECE LA LEY 911 DE 2014 O NORMA QUE LA MODIFIQUE, ADICIONE O SUSTITUYA |
| 6 | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -ARTICULAR ACCIONES CON LOS EQUIPOS MISIONALES PARA EL MANEJO INTEGRAL Y CUIDADO DEL PACIENTE, CONFORME LO ESTABLECE LA LEY 911 DE 2014 O NORMA QUE LA MODIFIQUE, ADICIONE O SUSTITUYA | -ARTICULAR ACCIONES CON LOS EQUIPOS MISIONALES PARA EL MANEJO INTEGRAL Y CUIDADO DEL PACIENTE, CONFORME LO ESTABLECE LA LEY 911 DE 2014 O NORMA QUE LA MODIFIQUE, ADICIONE O SUSTITUYA |
| 7 | ). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | -CUMPLIR CON LOS OBJETOS CONTRACTUALES E INVOLUCRARLOS EN LA ATENCION Y DIAGNOSTICOS DE LOS USUARIOS | -DINAMICA GERENCIAL |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 8 | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento | -EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR LA CONDUCTA MEDICA PERTINENTE A TRAVES DE LA INTERPRETACION DE EXAMENES Y/O IMAGENES DIAGNOSTICAS Y BRINDAR EDUCACION A LA FAMILIA | -DINAMICA GERENCIAL |
| 9 | Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E | -EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR LA CONDUCTA MEDICA PERTINENTE A TRAVES DE LA INTERPRETACION DE EXAMENES Y/O IMAGENES DIAGNOSTICAS Y BRINDAR EDUCACION A LA FAMILIA | -DINAMICA GERENCIAL |
| 10 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -REALIZAR FORMULACION DE MEDICAMENTOS , ORDENES Y/O INTERPRETACION DE APOYO DIAGNOSTICO A LOS PACIENTES DEL SERVICIO | -DINAMICA GERENCIAL |

## 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 | $ 14534354 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 9481777330 | FE 66 | | |
| **2025** | **ENERO** | **2025** | **02** | **18** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | **CATORCE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATROPESOS** | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 5813742 | $ 930199 | **$ 1405300** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 726718 | **$ 1033200** |
| ARL | 3 | SEGUROS BOLIVAR | | $ 141623 | **$ 201400** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 1687265** | **$ 2639900** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 476270006010 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JULIAN ANDRES RINCON AMAYA | 2025-02-24 10:09:06 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | JHON EDISON PARRA MANCIPE | 2025-02-26 10:45:34 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | JENNY PATRICIA MORENO GONZALEZ | 2025-02-27 17:47:52 |
| 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 | 2025-03-13 10:16:34 |

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.



**JHON EDISON PARRA MANCIPE**
**MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO**