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:**	2025-07-01	**Hasta:**	2025-07-31	
Nombre del Contratista:	ANGIE KATHERINE FAGUA POVEDA		**Número de Documento:**	1022383709	
Correo Electrónico:	kathe.fagua@gmail.com		**Número Telefónico:**	3115646393	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1800-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	25881	$4762104	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4762104**	**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-02		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-04-21		1	$ 1015756	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 6651417	1197

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 4613064
2	FEBRERO	$ 4613064
3	MARZO	$ 4913916

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 4917390
5	MAYO	$ 5538534
6	JUNIO	$ 4762104

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31215107	**$ 38882280**	**$ 29358072**	**$ 9524208**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar investigación epidemiológica de campo (iec) de eventos de interés en salud publica en salud mental	- Alistamiento, caracterización y cierre de Investigaciones Epidemiológicas de Campo desde los Subsistemas de Salud Mental	- 31 IEC, intervenidas en Ciudad Bolívar 25, Usme 2 y Tunjuelito 4
2	2. realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes.	- Verificar con usuario cada una de las variables en la IEC e ingresar posterior al aplicativo ajustes	- 31 IEC, intervenidas en Ciudad Bolívar 25, Usme 2 y Tunjuelito 4
3	3. registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	- Realización de tamizajes según población	- 31 IEC con sus respectivos tamizajes
4	4. identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad, reportando a los entes competentes.	- Identificación de riesgos individuales y colectivos durante el desarrollo de IEC	- 28 formatos de activaciones de ruta, , intervenidas en Ciudad Bolívar 25 y Usme 2
5	5. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	- Activación de ruta a salud según necesidad identificada en la IEC	- 31 IEC, intervenidas en Ciudad Bolívar 25, Usme 2 y Tunjuelito 4
6	6. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	- Actividades de capacitación - inducción convocadas	- Actas de asistencia, ULC Vigilancia en Salud Pública 11/7/2025, reunión Salud Mental 11/7/2025
7	7. realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable.	-Ingreso a aplicativo de IEC	- 31 IEC con información verificada
8	8. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	- Reuniones convocadas	- Actas de asistencia, ULC Vigilancia en Salud Pública 11/7/2025, reunión Salud Mental 11/7/2025
9	9. presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	- Presentación de consentimientos informados	- Consentimientos informados organizados por localidad

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. realizar Realizar acompañamiento técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui.	- Actividad no realizada para el periodo certificado	- Actividad no realizada para el periodo certificado
11	11. realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	- Actividad no realizada para el periodo certificado	- Actividad no realizada para el periodo certificado
12	12. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	- Entrega de archivos físicos y digitales correspondientes a IEC efectivas y fallidas.	- Archivos de IEC efectivas y fallidas facturadas, intervenidas en Ciudad Bolívar 25, Usme 2 y Tunjuelito 4
13	13. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E.	- Asistencia a espacios a los que convocaron	- Actas de asistencia, ULC Vigilancia en Salud Pública 11/7/2025, reunión Salud Mental 11/7/2025
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Actividad no realizada para el periodo certificado	- Actividad no realizada para el periodo certificado

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	$ 4762104
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9488847234	-		
2025	JULIO	2025	07	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1904842	$ 304775	**$ 304900**
Salud		FAMISANAR		$ 238105	**$ 238200**
ARL	3	SURA		$ 46402	**$ 46500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 552823**	**$ 589600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	2300208598

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE KATHERINNE FAGUA POVEDA	2025-07-25 13:40:17
RECHAZADO SUPERVISOR	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2025-07-28 08:27:19
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE KATHERINNE FAGUA POVEDA	2025-07-28 10:06:24
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2025-07-28 10:36:56
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-07-28 18:29:24

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.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

© Siasur - 2025

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022383709		FAGUA POVEDA ANGIE KATHERINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1d no 25a 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1620359357	9488847234	I	2025/08/05	2025/07/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$589,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,905,200	$304,900			$1,905,200	$238,200			$0	$0			$1,905,200	$46,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,905,200	$304,900			$1,905,200	$238,200			$0	$0			$1,905,200	$46,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,905,200	$304,900			$1,905,200	$238,200			$0	$0			$1,905,200	$46,500		$0	$0
1	CC	1022383709	FAGUA ANGIE	230301	30	$1,905,200	$304,900	EPS017	30	$1,905,200	$238,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,905,200	$46,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,905,200	$304,900			$1,905,200	$238,200			$0	$0			$1,905,200	$46,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022383709		FAGUA POVEDA ANGIE KATHERINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1d no 25a 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1620359357	9488847234	I	2025/08/05	2025/07/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$589,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,900	$0	$0	$304,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$304,900	$0	$0	$304,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,500	$0	$0	$46,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$46,500	$0	$0	$46,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$238,200	$0	$0	$238,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$238,200	$0	$0	$238,200
TOTAL				1	$589,600	$0	$0	$589,600

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022383709		FAGUA POVEDA ANGIE KATHERINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1d no 25a 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1548022907	9486155918	I	2025/07/03	2025/06/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$589,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,905,200	$304,900			$1,905,200	$238,200			$0	$0			$1,905,200	$46,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,905,200	$304,900			$1,905,200	$238,200			$0	$0			$1,905,200	$46,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,905,200	$304,900			$1,905,200	$238,200			$0	$0			$1,905,200	$46,500		$0	$0
1	CC	1022383709	FAGUA ANGIE	230301	30	$1,905,200	$304,900	EPS017	30	$1,905,200	$238,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,905,200	$46,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,905,200	$304,900			$1,905,200	$238,200			$0	$0			$1,905,200	$46,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022383709		FAGUA POVEDA ANGIE KATHERINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1d no 25a 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1548022907	9486155918	I	2025/07/03	2025/06/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$589,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,900	$0	$0	$304,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$304,900	$0	$0	$304,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,500	$0	$0	$46,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$46,500	$0	$0	$46,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$238,200	$0	$0	$238,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$238,200	$0	$0	$238,200
TOTAL				1	$589,600	$0	$0	$589,600

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

< Evalua

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

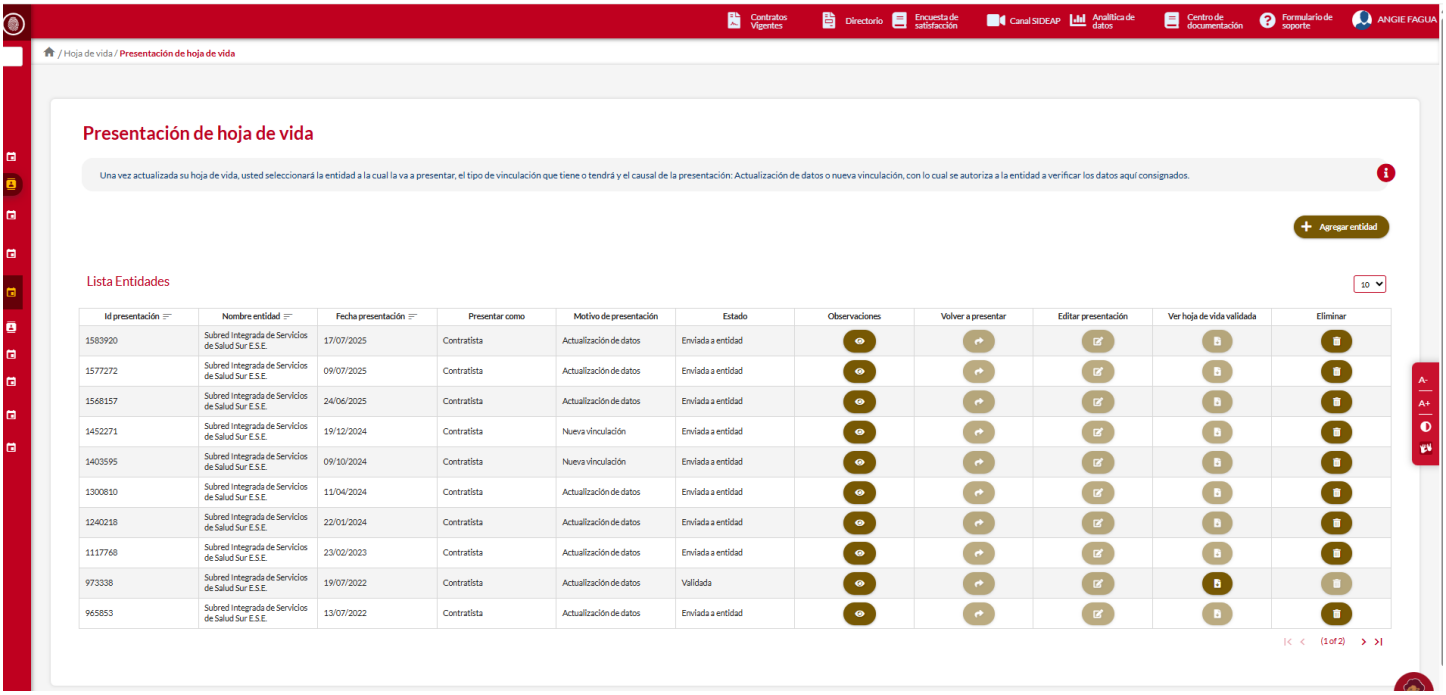
Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Cuenta Enero Cto. 1800-2025.pdf	Cuenta Enero Cto. 1800-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Febrero Cto. 1800-2025.pdf	Cuenta Febrero Cto. 1800-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Marzo Cto. 1800-2025.pdf	Cuenta Marzo Cto. 1800-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Abril Cto. 1800-2025.pdf	Cuenta Abril Cto. 1800-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Mayo Cto. 1800-2025.pdf	Cuenta Mayo Cto. 1800-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Junio Cto. 1800-2025.pdf	Cuenta Junio Cto. 1800-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


Contratos Vigentes
Directorio
Encuesta de satisfacción
Canal SIDEAP
Analítica de datos
Centro de documentación
Formulario de soporte
ANGIE FAGUA
/ Hoja de vida / Presentación de hoja de vida
Presentación de hoja de vida
Una vez actualizada su hoja de vida, usted seleccionará la entidad a la cual la va a presentar, el tipo de vinculación que tiene o tendrá y el causal de la presentación: Actualización de datos o nueva vinculación, con lo cual se autoriza a la entidad a verificar los datos aquí consignados.
Agregar entidad
Lista Entidades
10
Id presentación
Nombre entidad
Fecha presentación
Presentar como
Motivo de presentación
Estado
Observaciones
Volver a presentar
Editar presentación
Ver hoja de vida validada
Eliminar
1583920 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 17/07/2025 Contratista Actualización de datos Enviada a entidad
1577272 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 09/07/2025 Contratista Actualización de datos Enviada a entidad
1568157 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 24/06/2025 Contratista Actualización de datos Enviada a entidad
1452271 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 19/12/2024 Contratista Nueva vinculación Enviada a entidad
1403595 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 09/10/2024 Contratista Nueva vinculación Enviada a entidad
1300810 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 11/04/2024 Contratista Actualización de datos Enviada a entidad
1240218 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 22/01/2024 Contratista Actualización de datos Enviada a entidad
1117768 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 23/02/2023 Contratista Actualización de datos Enviada a entidad
973338 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 19/07/2022 Contratista Actualización de datos Validada
965853 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 13/07/2022 Contratista Actualización de datos Enviada a entidad
(1 of 2)
A-
A+

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGIE KATHERINNE FAGUA POVEDA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022383709 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Calle 1d 25 a 48 **Teléfonos** 3115646393 5608064

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Wayne Stive Fagua Gutierrez	1246448643	Hijo(a)
Elizabeth Poveda Jimenez	52112465	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ANGIE KATHERINNE FAGUA POVEDA
Identificación:	1022383709
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	
Correo:	kathe.fagua@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	09/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto

ANGIE KATHERINNE FAGUA POVEDA

Función Pública | Aplicativo por la Integridad pública — Declaro Publico Controlo

Inicio | Declaración de Ley 2013 de 2019 | Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) | Opciones de usuario

Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Formulario 2.811.156 finalizado

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación ▼	Estado
	2811156-01 Declaración inicial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2025-07-19 20:13	2025-07-19 20:22	FINALIZADO