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:	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ		**Número de Documento:**	39582363	
Correo Electrónico:	marcelaleal2207@gmail.com		**Número Telefónico:**	3165524751	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1392-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	29331	$5396904	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5396904**	**CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-03		**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	$ 1144944	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 6658137	1197

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 5228176
2	FEBRERO	$ 5228176

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 5739628
4	ABRIL	$ 5396904
5	MAYO	$ 5396904
6	JUNIO	$ 5396904
7	JULIO	$ 5396904

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35377419	**$ 43180500**	**$ 37783596**	**$ 5396904**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar Construcción conjunta y consensuada del plan de acción de GPAISP incluyendo la operación local de los programas de prevención y control de TB y Hansen	Se realiza seguimiento al plan de acción y envió a la SDS	Plan de acción con seguimiento y correo del envió del seguimiento
2	2. Participar en Asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel Central.	Se participa a las asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel Central. -	-Acta y listado de asistencia
3	3. Dar Acompañamiento técnico a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Se realiza acompañamiento técnico a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Acta y listado de asistencia
4	4. Realizar Concertación y participación en sesiones de fortalecimiento de capacidades dirigida a personal de la salud de IPS públicas y privadas o equipos de atención en casa, con énfasis en la búsqueda e identificación de casos	Se realiza concertación y participación en sesión de fortalecimiento de capacidades dirigida a personal de la salud de IPS, con énfasis en la búsqueda e identificación de casos	Acta y listado de asistencia
5	5. Hacer Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible, farmacorresistente y Hansen, con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Se realiza Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible, farmacorresistente y Hansen, con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Acta y listado de asistencia
6	6. Realizar Revisión, consolidación y envío de libro de pacientes de Tuberculosis de forma quincenal de la subred, en los formatos establecidos por el MSPS, así como ingreso de profilaxis en el drive dispuesto desde la Secretaría Distrital de Salud para tal fin	Se realiza revisión, consolidación y envío de libro de pacientes de Tuberculosis de forma mensual de la subred, en los formatos establecidos por el MSPS, así como ingreso de profilaxis en el drive dispuesto desde la Secretaría Distrital de Salud para tal fin	Libro de contactos actualizados y envió SDS
7	7. Realizar Revisión, consolidación y envío mensual de informes y formatos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la Secretaría Distrital de Salud	Se realiza revisión, consolidación y envío mensual de informes y formatos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la Secretaría Distrital de Salud	Libros del programa enviados a SDS y actualizados en el drive
8	8. Consolidar y envar de informe trimestral de casos y actividades de TB sensible - fármaco resistente y Hansen	se ejecuta para este periodo	se ejecuta para este periodo

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Verificar la calidad y veracidad de cada una de las variables del libro de contactos de TB de la subred	Se verifica la calidad y veracidad de cada una de las variables del libro de contactos de TB de la subred	Libro de contactos y acta con listado de asistencia
10	10. Realizar proceso de auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen	Se realiza proceso de auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen	Acta y listado de asistencia
11	11. Realizar proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen	Se realiza proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen	Acta y listado de asistencia
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Comité Distrital Tuberculosis y Hansen, reunión de lideres a nivel distrital, Reunión mensual del equipo GEPISP convocada por la Líder de GEPISP, -Revisión y reunión de Cierres a los casos TB	Correos, listado de asistencia y actas

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	$ 5396904
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	87766915	-		
2025	JUNIO	2025	07	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2158762	$ 345402	$ 345500
Salud		NUEVA EPS		$ 269845	$ 269900
ARL	3	SURA		$ 52587	$ 52600
Caja de Compensación	NO		Total	$ 626516	$ 668000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	34148741869

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	2025-07-24 21:53:36
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-07-25 10:13:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	2025-07-25 12:35:49
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-07-25 13:35:03
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-07-25 14:33:08

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.

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

© Siasur - 2025

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	87766915	$668.000	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	269.900	0		0		0	0	0	0	269.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	345.500	0	0	0	0	0	0		345.500	1

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	52.600				52.600	0	0	52.600			526	52.600	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	269.900	269.900
Pensión	1	345.500	345.500
Riesgos Laborales	1	52.600	52.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	668.000	668.000

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
CC	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ		KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	87766915	TOTAL A PAGAR	
					$668.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	CC	39582363	LEAL GOMEZ ADRIANA MARCELA	59	0			N																	230301	2.159.000	345.500	0	0	0	0	EPS037	2.159.000	269.900	14-11	2.159.000	3	52.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ <marcelaleal2207@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✓ CUS 1619982785

2 mensajes

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 10 de julio de 2025, 22:43
Para: marcelaleal2207@gmail.com



¡Hola, ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 668.000

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 10/07/2025

CUS: 1619982785

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:



"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ <marcelaleal2207@gmail.com> 10 de julio de 2025, 22:46
Para: Jose Guillermo Perez Sanchez <oneguillo13@gmail.com>

Estaré atenta a observaciones y/o sugerencias.

Cordialmente

Adriana Marcela Leal Gomez
Profesional Especializado Auditor
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
3165524751
[El texto citado está oculto]

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 1392-2025.pdf	CUENTA ENERO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 1392-2025.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 1392-2025.pdf	CUENTA MARZO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 1392-2025.pdf	CUENTA ABRIL CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 1392-2025.pdf	CUENTA MAYO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 1392-2025.pdf	CUENTA JUNIO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LEAL	GOMEZ	ADRIANA MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39582363	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES OCT AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Espinal

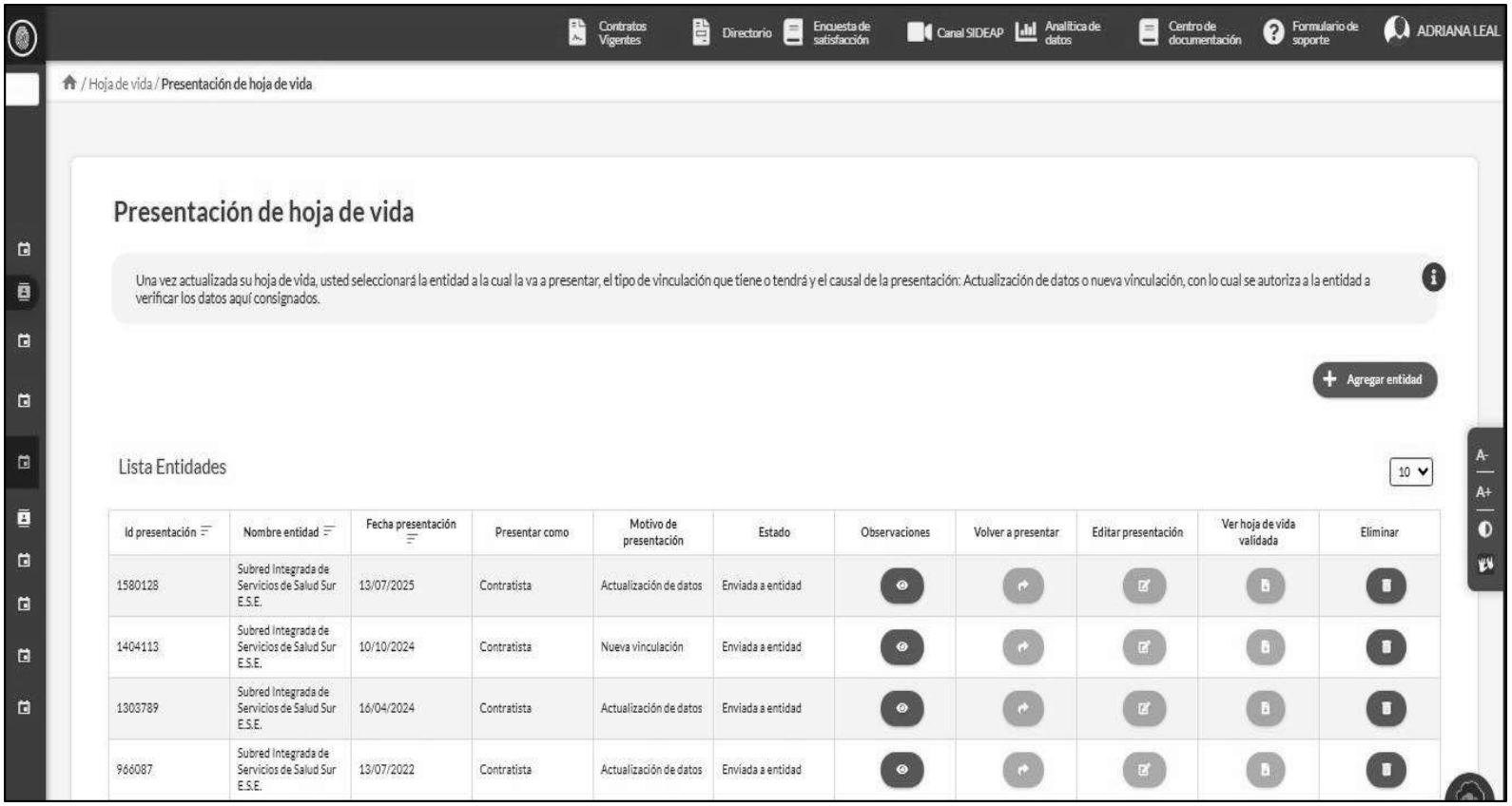
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kr 13 A Bis 50 B 21 Sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3208322404

EMAIL marcelaleal2207@gmail.com



Id presentación	Nombre entidad	Fecha presentación	Presentar como	Motivo de presentación	Estado	Observaciones	Volver a presentar	Editar presentación	Ver hoja de vida validada	Eliminar
1580128	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	13/07/2025	Contratista	Actualización de datos	Enviada a entidad					
1404113	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	10/10/2024	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					
1303789	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	16/04/2024	Contratista	Actualización de datos	Enviada a entidad					
966087	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	13/07/2022	Contratista	Actualización de datos	Enviada a entidad					

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

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: 13-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 39582363 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Kr 13 A Bis 50 B 21 Sur **Teléfonos** 3165524751 3208322404

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ
Identificación:	39582363
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	marcelaleal2207@gmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	16/07/25

ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ

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

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

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación
	2789937-02 Corrección de 2789937-01	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2025-07-21 09:01	2025-07-21 09:04
	2789937-01 Declaración inicial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	OTRO	2025-07-10 14:05	2025-07-10 14:24

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Aplicativo por la Integridad Pública

1.6.1