# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-07-26, 06:43:24 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1074067564

**Periodo Cotización** 202506 **Periodo Servicio** 202506

**Cliente:**

## PAGADA 2025-07-10

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | OLGA LUCIA DIAZ MORA | | | | |
| **Documento** | CC 52291927 | **Dirección** | CL 82 SUR #6 A - 04 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3057708783 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 52291927 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | DIAZ MORA OLGA LUCIA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.423.500 | 231001 | | 16 % | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | EPS010 | | 12,5 % | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.423.500 | $ 34.700 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLFONDOS | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SURA | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

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 CTO 1653 - 2025.pdf | CUENTA ENERO CTO 1653 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA FEBRERO CTO 1653 - 2025.pdf | CUENTA FEBRERO CTO 1653 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO CTO 1653 - 2025.pdf | CUENTA MARZO CTO 1653 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL CTO 1653 - 2025.pdf | CUENTA ABRIL CTO 1653 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 1653 - 2025.pdf | CUENTA MAYO CTO 1653 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 1653 - 2025.pdf | CUENTA JUNIO CTO 1653 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 2.831.006 finalizado

| Acciones | Declaración No. | Entidad | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Fecha de creación | Fecha de publicación | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **2831006-01** Declaración inicial | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | CONTRATISTA | PERIÓDICO | 2025-07-25 19:42 | 2025-07-25 20:17 | FINALIZADO |

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 |
|---|---|---|
| DIAZ | MORA | OLGA LUCIA |

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:** C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52291927

**SEXO:** F (X) M ( )

**NACIONALIDAD:** COL (X) EXTRANJERO ( )

**LIBRETA MILITAR:** PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 26 MES SEP AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

calle 82 sur 6 A 04

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3057708783

EMAIL oldiazm@gmail.com

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1584705 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | 17/07/2025 | Contratista | Nueva vinculación | Enviada a entidad | | | | | |
| 1404315 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | 10/10/2024 | Contratista | Nueva vinculación | Enviada a entidad | | | | | |
| 1302235 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | 14/04/2024 | Contratista | Nueva vinculación | Enviada a entidad | | | | | |
| 1210957 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | 21/11/2023 | Contratista | Actualización de datos | Enviada a entidad | | | | | |
| 976251 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | 21/07/2022 | Contratista | Actualización de datos | Validada | | | | | |
| 966198 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | 14/07/2022 | Contratista | Actualización de datos | Con observaciones | | | | | |
| 918522 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | 25/03/2022 | Contratista | Nueva vinculación | Con observaciones | | | | | |
| 910246 | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | 09/02/2022 | Contratista | Nueva vinculación | Enviada a entidad | | | | | |
| 824608 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | 17/11/2021 | Contratista | Nueva vinculación | Enviada a entidad | | | | | |
| 823928 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | 16/11/2021 | Contratista | Nueva vinculación | Enviada a entidad | | | | | |

(1 of 2)

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Sideap 2.0

# FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | OLGA LUCIA DIAZ MORA |
| Identificación: | 52291927 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |
| Cargo: | |
| Correo: | oldiazm@gmail.com |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante el ejercicio del cargo |
| Fecha Declaración: | 15/07/25 |

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: 15-jul-2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** OLGA LUCIA DIAZ MORA

**IDENTIFICADO CON** **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52291927 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** calle 82 sur 6 A 04 **Teléfonos** 3057708783 3057708783

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| ANTHONY RAMIREZ DIAZ | 1022922727 | Hijo(a) |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | OLGA LUCIA DIAZ MORA | | **Número de Documento:** | 52291927 | |
| **Correo Electrónico:** | oldiazm@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3057708783 | |
| **Nombre del Supervisor:** | ESTEBAN SILVA TAPIERO | **Cargo:** | TECNICO AREA SALUD CODIGO 323 GRADO 13 | **Código - Grado:** | 313-23 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1653-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1 |
| **Perfil:** | TECNOLOGO | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K31PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 184 | 0 | 14666 | $2698544 | 103.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2698544** | **DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y 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 | $ 572920 | 711 |
| 2 | 2025-07-20 | 2025-08-31 | 2 | $ 3915822 | 1197 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 2614088 |
| 2 | FEBRERO | $ 2614088 |
| 3 | MARZO | $ 2869814 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 4 | ABRIL | $ 2698544 |
| 5 | MAYO | $ 3285184 |
| 6 | JUNIO | $ 2698544 |
| 7 | JULIO | $ 2698544 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 17688608** | **$ 22177350** | **$ 19478806** | **$ 2698544** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1.Desarrollar acciones integrales o según el perfil de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo, situación o exposición al riesgo; desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas (pic). | --Se realiza entrega oportuna de 71 formatos de encuestas de la linea aire ruido y rem, correspondiente al mes de julio. | -71 formatos de encuestas de línea aire ruido y rem |
| 2 | 2. Asistir a reuniones de seguimiento de las acciones realizadas con los referentes de secretaria distrital de salud (sds) e instituciones externas de acuerdo al plan de acción establecido, caracterizar las condiciones sociodemográficas, hábitos y factores de riesgo en los niños escolares residentes en localidades priorizadas en la ciudad de Bogotá d.c., | -Se realiza entrega oportuna de 71 formatos de encuestas de la linea aire ruido y rem, correspondiente al mes de julio. | -71 formatos de encuestas de linea aire ruido y rem. |
| 3 | 3. Atender y dar respuesta oportuna a quejas individuales y colectivas de la línea de aire, ruido y radiación electromagnética (rem), canalizar a población encuestada a institución prestadora de servicios de salud (ips), con seguimiento o canalización de información a entidades competentes para realizar intervenciones que inciden en la calidad del aire, ruido o radiación electromagnética. | -Se da atención de 2 quejas de ruido en la localidad de ciudad bolívar . | -Formatos de queja ruido de la línea de aire. |
| 4 | 4, Aplicar encuestas de caracterización de posibles factores de riesgo de enfermedades respiratorias por exposición a contaminación del aire; aplicación de encuesta sobre efectos auditivos y/o extra auditivos asociados a ruido por inmisión; aplicación de encuesta sobre síntomas de salud no específicos y factores de riesgo asociados a la exposición de radiaciones electromagnéticas, debiendo diligenciar el formato de consentimiento informado. | -Se realiza entrega oportuna de 71 formatos de encuestas de la línea aire ruido y rem, correspondiente al mes de julio. | -70 formatos de encuestas de línea aire ruido y rem. |
| 5 | 5, Realizar el seguimiento a la población que cumpla con los criterios de selección para el proceso de diario de síntomas. | -No aplico para el mes certificado. | -No aplico para el mes certificado. |


***© Siasur - 2025***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 6 | 6. Digitar información de la vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria de las temáticas de la línea aire, ruido y radiación electromagnética en los aplicativos correspondientes (aplicativo siarr) según lineamientos emitidos por sds. | -No aplico para el mes certificado. | -No aplico para el mes certificado. |
| 7 | 7. realizar y apoyar visitas de inspección, vigilancia y control, toma y envío de muestras (si fuera necesario), operativos, vacunación canina y felina en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado perfil de técnico y/o tecnólogo en saneamiento ambiental o perfiles afines conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud, brindando asesoría técnica a la comunidad en normatividad sanitaria vigente, garantizando el cumplimiento total de las metas asignadas y de acuerdo al porcentaje de entrega semanal solicitado por la coordinación de vigilancia de la salud ambiental. | -No aplico para el mes certificado. | -No aplico para el mes certificado. |
| 8 | 8. presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. | -No aplico para el mes certificado. | -No aplico para el mes certificado. |
| 9 | 9.cumplir con los respectivos cronogramas de las visitas y acciones de los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y ambiental y otros. | -Se realiza retroalimentación de cronograma correspondiente al mes julio y proyección de cronograma del mes de agosto. | -En medio magnetico. |
| 10 | 10.dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas y recepcionadas al componente de vigilancia en salud ambiental entregándolas al líder operativo de las líneas de intervención donde sea asignado(a). | -Se da atención de 3 quejas de ruido en la localidad de ciudad bolívar. | -Formatos de queja ruido de la línea de aire. |
| 11 | 11. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la sds, recomendaciones del coordinador de vigilancia en salud ambiental, y por el líder operativo. | -No aplico para el mes certificado. | -No aplico para el mes certificado. |
| 12 | 12.cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e. | -Se realiza entrega oportuna de 71 formatos de encuestas de la linea aire ruido y rem, correspondiente al mes de julio. | -71 formatos de encuestas de línea aire ruido y rem. |
| 13 | 13. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | -Se realiza entrega oportuna de actividades correspondiente al mes de julio. | -Formatos de encuestas de Aire, Ruido, Rem y formatos de atención a quejas. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 14 | 14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -No aplico para el mes certificado. | -No aplico para el mes certificado. |


***© Siasur - 2025***

## 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 | $ 2698544 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1074067564 | - | | |
| 2025 | JUNIO | 2025 | 07 | 10 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | COLFONDOS | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 227800** |
| Salud | | SURA | | $ 177938 | **$ 178000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 34676 | **$ 34700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 440500** |

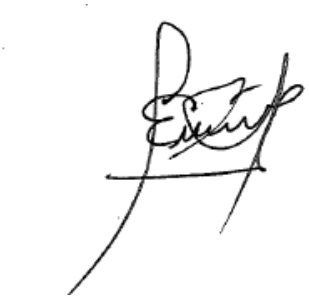
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550462800000418 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | OLGA LUCIA DIAZ MORA | 2025-07-26 19:36:07 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | ESTEBAN SILVA TAPIERO | 2025-07-27 09:47:03 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-07-28 08:26:22 |

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.



**ESTEBAN SILVA TAPIERO**
**TECNICO AREA SALUD CODIGO 323 GRADO 13**