

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

| | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2025-09-01 | Hasta: | 2025-09-30 |
| Nombre del Contratista: | LUISA FERNANDA VELASQUEZ LOPEZ | | Número de Documento: | 1012425393 |
| Correo Electrónico: | luisafv112@gmail.com | | Número Telefónico: | 3142392896 |
| Nombre del Supervisor: | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código Grado: - 242-25 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|------|
| No. Contrato: | 8547-2024 | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 2882 |
| Perfil: | PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS SANTA MARTA | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| V07UI502 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | 184 | 24 | 22430 | \$4665440 | 116.7% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 4665440 | CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2024-12-10 | | | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-01-15 |
| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
| 1 | 2024-12-31 | 2025-02-28 | 1 | \$ 7996272 | 51 |
| 2 | 2025-01-16 | 2025-02-28 | 2 | \$ 7996272 | 51 |
| 3 | 2025-02-25 | 2025-04-09 | 3 | \$ 5197577 | 402 |
| 4 | 2025-04-08 | 2025-05-31 | 4 | \$ 5915126 | 680 |
| 5 | 2025-05-24 | 2025-06-30 | 5 | \$ 4127120 | 892 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|--|--|--|---|---|------|
| 6 | 2025-06-20 | 2025-07-31 | 6 | \$ 4127120 | 1066 |
| 7 | 2025-07-25 | 2025-08-31 | 7 | \$ 4620580 | 1267 |
| 8 | 2025-08-27 | 2025-09-30 | 8 | \$ 4127120 | 1472 |
| 9 | 2025-09-27 | | 9 | \$ 538320 | 1472 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | | Mes Cuenta de Cobro | | Valor a Pagar | |
| 1 | | DICIEMBRE | | \$ 2803041 | |
| 2 | | ENERO | | \$ 2650938 | |
| 3 | | FEBRERO | | \$ 3998136 | |
| 4 | | MARZO | | \$ 3998136 | |
| 5 | | ABRIL | | \$ 4463570 | |
| 6 | | MAYO | | \$ 4127120 | |
| 7 | | JUNIO | | \$ 4127120 | |
| 8 | | JULIO | | \$ 4620580 | |
| 9 | | AGOSTO | | \$ 4127120 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | PAGOS REALIZADOS | |
| \$ 2931966 | | \$ 47577473 | | \$ 34915761 | |
| | | | | SALDO DEL CONTRATO | |
| | | | | \$ 12661712 | |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | | PRODUCTO O EVIDENCIA | |
| 1 | 1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS | -Realizar lectura y apropiación conceptual de lineamientos (documento operativo, fichas técnicas, lineamiento GESI, caja de herramientas) entregadas por la Secretaría Distrital de Salud. | | -Acta de apropiación conceptual. | |
| 2 | 2. Realizar visita domiciliaria familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos | -Se realizan 5 visitas de caracterización, 2 de actualización, 61 implementaciones y 12 cierres de plan de cuidado familiar para el periodo ejecutado, donde se realiza identificación de riesgos, gestión de alerta acorde a las necesidades identificadas y acciones promocionales, realizando la captura de la información en los formatos y sistemas de información establecidos en los lineamientos de SDS. | | -"- Formatos de plan de cuidado familiar diligenciados oportunamente con criterios de calidad y completitud. - Matriz de seguimiento familiar diligenciada con criterios de calidad y oportunidad." | |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|--|---|
| 3 | 3. Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes | -Realizar gestión del riesgo acorde a la identificación de alertas, procediendo al diligenciamiento completo y con criterios de calidad y al envío oportuno de los formatos de canalización de rutas, fichas de notificación de eventos de interés en salud pública dispuestas desde el SIVIGILA, asignación de citas y remisión a equipos de atención en casa acorde al riesgo identificado durante las visitas domiciliarias. | -"- Envío oportuno de formatos de canalización de rutas con criterios de calidad y completitud mediante correo electrónico a equipo de gestión táctica y soporte operativo. - Envío oportuno de fichas de notificación de eventos de interés en salud pública con criterios de calidad y completitud mediante correo electrónico a equipo de gestión táctica y soporte operativo. - Asignación de citas acorde al sistema definido por parte del equipo de gestión táctica y soporte operativo. - Remisión de casos a equipos de atención en casa acorde a los criterios establecidos desde Secretaria Distrital de Salud." |
| 4 | 4. Realizar activación de ruta, derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento | -Actividad no aplica para el periodo en ejecución. | -Actividad no aplica para el periodo en ejecución. |
| 5 | 5. Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento | -Se realizó identificación de riesgos y alertas en salud en todos los usuarios visitados del plan de cuidado familiar acorde al evento de interés en salud pública, mediante toma de signos vitales y medidas antropométricas y utilizando tamizajes como OMS, FINDRISC, escala EPOC, observancia de lactancia materna y apgar familiar acorde a la necesidad. Así mismo, se realizan acciones promocionales, gestión del riesgo acorde al riesgo identificado y se garantiza adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado. | -"- Formatos de plan de cuidado familiar diligenciados oportunamente con criterios de calidad y completitud. - Matriz de seguimiento familiar diligenciada con criterios de calidad, completitud y oportunidad." |
| 6 | 6. Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizando la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS. | -Realizar proyección mensual de cronograma de actividades a ejecutar y actualización diaria con las especificaciones técnicas socializadas. | -Cronograma de actividades proyectado y actualizado diariamente |
| 7 | 7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS | -Participación en reuniones y asistencias técnicas programadas y convocadas por la Subred Sur, Entorno Hogar y Secretaria Distrital de Salud. | -Acta y listado de asistencia. |
| 8 | 8. Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS | -Retoolimentación de matriz de seguimiento familiar, reportes de seguimientos diarios, diligenciamiento de formatos establecidos desde nivel central y demás informes y tableros de control solicitados y establecidos desde la Subred Sur y Secretaria Distrital de Salud. | -"- Matriz de seguimiento familiar. - Tablero de reporte diario. - Informes de seguimiento de intervenciones acorde a necesidad." |
| 9 | 9. Apoyar la formulación y ejecución de 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 y recomendaciones del coordinador. | -Formulación y ejecución de acciones preventivas, correctivas y/o plan de mejoramiento producto de evaluaciones y recomendaciones del equipo de seguimiento de la SDS, referente y líder acorde a necesidad. | -"- Acta y listado de asistencia de seguimiento a la ejecución de actividades contractuales acorde a necesidad. - Formulación y seguimiento de acciones preventivas, correctivas y/o plan de mejoramiento acorde a lo establecido por la Subred Sur o SDS acorde a necesidad." |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|--|---|--|
| 10 | 10. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | -Diligenciamiento, organización y entrega de soportes de las intervenciones de acuerdo a los requisitos dados por gestión documental teniendo en cuenta la calidad y veracidad de estos, manteniendo su custodia hasta la entrega al archivo. | -"- Entrega de fichas que contenga formatos de seguimiento acorde a los requisitos de gestión documental. - Actas y listados de asistencia de entrega al archivo." |
| 11 | 11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad. | -- Listados de asistencia y demás soportes que se programen. |

| 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 | \$ 4127120 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | AGOSTO | 2025 | 09 | 10 | 89769381 | - | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS | | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | PROTECCIÓN | \$ 1650848 | \$ 264136 | \$ 264200 |
| Salud | | | | | SÁNTITAS | | \$ 206356 | \$ 206400 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | \$ 40215 | \$ 40300 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 479109 | \$ 510900 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------|---------------|---------------------|
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número Cuenta | de 0550005500242010 |

| HISTÓRICO | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LUISA FERNANDA VELASQUEZ LOPEZ | 2025-09-29 20:34:24 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-09-30 08:34:15 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-09-30 16:20:05 |

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

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|-------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1012425393 | LUIISA FERNANDA VELASQUEZ LOPEZ | | CR 81 F # 73A SUR | 3142392896 | luisafv12@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D. C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 10/09/2025 | 89769381 | \$510.900 | |

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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 206.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 206.400 | 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 | |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 264.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 264.200 | 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 | 40.300 | | | | 40.300 | 0 | 0 | 40.300 | | | 403 | 40.300 | 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 | 206.400 | 206.400 |
| Pensión | 1 | 264.200 | 264.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 40.300 | 40.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 510.900 | 510.900 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1012425393 | LUISA FERNANDA VELASQUEZ LOPEZ | | CR 81 F # 73A SUR | 3142392896 | luisafv12@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 | | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC | |
| | | | | | 1 | 0 | |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 10/09/2025 | 89769381 | \$510.900 | | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|-----------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | ACT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o 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 | 1012425393 | VELASQUEZ LOPEZ LUISA FERNANDA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.650.848 | 264.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.650.848 | 206.400 | 14-11 | 1.650.848 | 3 | 40.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



¡Hola, Luisa Fernanda Velasquez Lopez!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 510.900

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social






Fecha de la transacción: 10/09/2025

CUS: 1767254813

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta 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.



- 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

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 |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DOC CTO 8547-2024.zip | DOC CTO 8547-2024.zip | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA MARZO 2025 CTO 8547-2024.pdf | CUENTA MARZO 2025 CTO 8547-2024.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025 CTO 8547-2024.pdf | CUENTA MAYO 2025 CTO 8547-2024.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA JUNIO 2025 CTO 8547-2024.pdf | CUENTA JUNIO 2025 CTO 8547-2024.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA JULIO 2025 CTO 8547-2024.pdf | CUENTA JULIO 2025 CTO 8547-2024.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA AGOSTO 2025 CTO 8547-2024.pdf | CUENTA AGOSTO 2025 CTO 8547-2024.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL 2025 CTO 8547-2024.pdf | CUENTA ABRIL 2025 CTO 8547-2024.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA ENERO 2025 CTO 8547-2024.pdf | CUENTA ENERO 2025 CTO 8547-2024.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO 2025 CTO 8547-2024.pdf | CUENTA FEBRERO 2025 CTO 8547-2024.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DICIEMBRE 2024 CTO 8547-2024.pdf | CUENTA DICIEMBRE 2024 CTO 8547-2024.pdf | Proveedor Descargar Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.
certifica que:

LUISA FERNANDA VELASQUEZ LOPEZ

1012425393

Cumplió satisfactoriamente con la:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

5 de septiembre de 2025

IDENTIFIQUE SU ROL



Segun

UNA PERSPECTIVA PARA CRECER

Se registró la información con éxito

Aceptar



e.almeraim.com

