| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-10-01 | **Hasta:** | 2025-10-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | LILIANA CRISTINA RODRIGUEZ ARDILA | | **Número de Documento:** | 65827715 | |
| **Correo Electrónico:** | lilianacristina01@yahoo.es | | **Número Telefónico:** | 3157830301 | |
| **Nombre del Supervisor:** | RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ | **Cargo:** | REFERENTE UNIDAD NEONATALES Y PROGRAMA MADRE CANGURO | **Código - Grado:** | 213-32 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3800-2025 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J04ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 0 | 48 | 96254 | $4620192 | 27.3% |
| J07ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 150 | 0 | 96254 | $14438100 | 85.4% |
| D01ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 6 | 0 | 90846 | $545076 | 3.2% |
| I03ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 30 | 0 | 90846 | $2725380 | 16.1% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 22328748** | **VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-01-21 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-09-20 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-07-21 | NUL | 1 | $ 3322776 | 26 |
| 2 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 2 | $ 69302880 | 1314 |
| 3 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 3 | $ 13347696 | 1767 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 8786112 |
| 2 | FEBRERO | $ 20557188 |
| 3 | MARZO | $ 22906272 |
| 4 | ABRIL | $ 21744684 |
| 5 | MAYO | $ 23003616 |
| 6 | JUNIO | $ 21524088 |
| 7 | JULIO | $ 19979664 |
| 8 | AGOSTO | $ 22289760 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 22224864 |
| 10 | OCTUBRE | $ 22328748 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 135178848** | **$ 221152200** | **$ 205344996** | **$ 15807204** |

| 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. | Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados en la unidad de recién nacidos, sala de partos y alojamiento conjunto. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 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. | Puericultura a la madre y el padre durante las visitas de la unidad de recién nacidos, la valoración del recién nacido al momento del nacimiento, estancia en alojamiento conjunto y egreso de la institución. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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). | Evolución por turnos de cada paciente asignado de acuerdo a la estancia. | Historia clínica en Dinámica 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 | Actualización de documentos institucionales según asignación y diligenciamiento de formatos de acuerdo a la necesidad de cada paciente. | Protocolos, guias de manejo y procedimientos institucionales, historia clínica en Dinámica Gerencial, plataforma RUAF, plataforma MIPRES. |
| 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. | Atender a los usuarios direccionándolos a las áreas institucionales que requieran de acuerdo a sus necesidades de salud. Reportar indicadores de acuerdo a la solicitud. | Informes de gestión. |
| 6 | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | Evolución de los pacientes y toma de conducta interdisciplinaria de acuerdo a las necesidades individuales y familiares. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 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. | Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados en la unidad de recién nacidos, sala de partos y alojamiento conjunto. Direccionar para continuar seguimiento y plan de manejo ambulatorio en los casos que amerite. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 8 | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento | Informar a la madre, padre o familiar autorizado el plan de manejo actual, la evolución, riesgos y complicaciones presentes o potenciales de los recién nacidos, durante las visitas o en cualquier momento cuando el estado clínico del bebé lo amerite. | Plan de tratamiento individual. Historia clínica en Dinámica 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 | Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados. Generación de egresos de acuerdo a evolución. Mitigar los riesgos asociados a la atención en salud. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 10 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | Actualización permanente en patologías neonatales. Capacitación al personal de apoyo (enfermería, terapia) en reanimación neonatal (NALS). | Exámenes pre-test y post-test. Listado de asistencia. |

## 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 7991793385 | CRFE-61 | | $ 22224864 |
| 2025 | SEPTIEMBRE | 2025 | 10 | 20 | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **VEINTIDOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATROPESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 8889946 | $ 1422391 | **$ 1524400** |
| Salud | | ALIANSALUD | | $ 1111243 | **$ 1120900** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 216559 | **$ 218500** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 2580040** | **$ 2863800** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 165527870 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LILIANA CRISTINA RODRIGUEZ ARDILA | 2025-10-26 22:02:45 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ | 2025-10-27 09:11:04 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | 2025-10-27 21:42:12 |
| 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 | 2025-11-18 12:40:35 |

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.

Ruth Liliana Lopez Cruz

**RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ**
**REFERENTE UNIDAD NEONATALES Y PROGRAMA MADRE CANGURO**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 65827715 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LILIANA CRISTINA RODRIGUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 18 #116-46 SUR | TELÉFONO: | 3111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7991793385** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 14 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/10/20 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1863381480 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 1.524.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.524.400** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8301138310 | EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 1 | $ 1.120.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.120.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 218.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 218.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 2.839.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 24.500** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.863.800** |

Planilla Pagada

**LILIANA CRISTINA RODRIGUEZ ARDILA**

**NIT** 65827715-4
**Dirección:** CR 18 116 46 AP 306
BOGOTÁ, D.C., Colombia
**Correo:** aumacomo@yahoo.es
**Teléfono:** 3157830301

No soy gran contribuyente, no autoretenedor, responsable de IVA a tarifa cero, actividad economica 8621, tarifa ICA Bogotá 9.66 x 1000

# Factura Electrónica de Venta
# CRFE-61

Emisión: 18/10/2025 20:59:34
Expedición: 18/10/2025 21:06:00
Vencimiento: 18/10/2025
Tipo factura: Estandar

Resolución y/o Autorización de facturación No 18764097029971 - Período 14/08/2025 - 14/02/2026 del CRFE 59 al CRFE 5000

## DATOS DEL CLIENTE

Tipo de Documento: NIT
Número de Documento: 900958564 - 9
Razón social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
Dirección: CRA 20 # 47B - 35, BOGOTÁ, D.C., Colombia
Teléfono: 7300000
Email: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

## CONDICIONES

Vendedor: LILIANA CRISTINA RODRIGUEZ ARDILA
Pedido: N/A
Forma de pago: CONTADO
TRANSFERENCIA DEBITO BANCARIA

| # | CÓDIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD | UNIDAD | VALOR UNIT. | DESC. | IMP | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | HONORARIOS POR CONCEPTO DE MEDICO PEDIATRA EN ATENCION DE PARTO ALTO Y BAJO RIESGO, ALOJAMIENTO CONJUNTO Y CUIDADO BASICO NEONATAL USS MEISSEN 36 HORAS A RAZON DE 90846 | 1 | Unidad | 3.270.456,00 | 0,00 | | 3.270.456,00 |
| 2 | | HONORARIOS POR CONCEPTO DE MEDICO PEDIATRA UCI NEONATAL YCUIDADO INTERMEDIO NEONATAL USS MEISSEN 198 HORAS A RAZON DE 96254 | 1 | Unidad | 19.058.292,00 | 0,00 | | 19.058.292,00 |

| | |
|---|---|
| Total de Items: | 2 |
| Divisa: | COP |
| Subtotal: | 22.328.748,00 |
| IVA: | 0,00 |
| Ajuste al peso: | 0,00 |
| **Total a Pagar:** | **22.328.748,00** |

Son: **VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE**

CUFE: **e6e2880503f4ef0ce7f47d65629d5f39e488740f7c3ec8990c25261af389ca0bb9abf0cb492215539432bdefd5c5b25a**

Para efectos legales ART. 774 de CO.CO el comprador y aceptante declara haber recibido real y totalmente los servicios detallados en este titulo valor, obligándose a pagar al titular de esta factura. El incumplimiento del pago causa intereses de mora a la tasa máxima legal vigente.



Proveedor Tecnológico: Dataico S.A.S. Nit: 901.223.648-8 Nombre del Software: DATAICO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14711493346

(415)7707212489984(8020) 000001471149334 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 5 8 2 7 7 1 5 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 6 5 8 2 7 7 1 5 | 1 9 9 5 0 9 0 4 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Chaparral 1 6 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | ARDILA | LILIANA | CRISTINA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 18 116 46 AP 306 ED TERRAZO 116

42. Correo electrónico: lilianacristina01@yahoo.es

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 5 7 8 3 0 3 0 1 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 0 9 0 9 3 0 | | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 09 - 18 / 10 : 53: 09

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre RODRIGUEZ ARDILA LILIANA CRISTINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Enero 21-31 3800-2025 Liliana R.pdf | Enero 21-31 3800-2025 Liliana R.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Febrero 3800-2025 Liliana R.pdf | Febrero 3800-2025 Liliana R.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo 3800-2025 Liliana R.pdf | Marzo 3800-2025 Liliana R.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril 3800-2025 Liliana R.pdf | Abril 3800-2025 Liliana R.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo 3800-2025 Liliana R.pdf | Mayo 3800-2025 Liliana R.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Junio 3800-2025 Liliana R.pdf | Junio 3800-2025 Liliana R.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Julio 3800-2025 Liliana R.pdf | Julio 3800-2025 Liliana R.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Agosto 3800-2025 Liliana R.pdf | Agosto 3800-2025 Liliana R.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Septiembre 3800-2025 Liliana R.pdf | Septiembre 3800-2025 Liliana R.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < | Evaluación de la Entidad Estatal | >

ejbEXzEE0l

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SMAR SUR

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

## LILIANA CRISTINA RODRIGUEZ ARDILA

**65827715**

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

***ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL***

Con una intesidad horaria de **60** horas.
Para constancia se expide:

***15 de octubre de 2025***

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ