| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-10-17 | |
| **Nombre del Contratista:** | ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES | | **Número de Documento:** | 1031135164 | |
| **Correo Electrónico:** | angela.avecor@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3114945359 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3262-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | MÉDICO GENERAL | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS NAZARETH | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A10UJ | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS LA FLORA | 61 | 0 | 46690 | $2848090 | 54.7% |
| A37UJ | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS LA FLORA | 17 | 0 | 46690 | $793730 | 15.2% |
| A10UP | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS DESTINO | 19 | 0 | 46690 | $887110 | 17% |
| A37UP | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS DESTINO | 5 | 0 | 46690 | $233450 | 4.5% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4762380** | **CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS OCHENTAPESOS** | | | | | |

## 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 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 1 | $ 7330330 | 1314 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 4482240 |
| 2 | FEBRERO | $ 8264130 |
| 3 | MARZO | $ 7843920 |
| 4 | ABRIL | $ 5322660 |
| 5 | MAYO | $ 8684340 |
| 6 | JUNIO | $ 7843920 |
| 7 | JULIO | $ 8310820 |
| 8 | AGOSTO | $ 8684340 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 7937300 |
| 10 | OCTUBRE | $ 4762380 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 69474720** | **$ 76805050** | **$ 72136050** | **$ 4669000** |

| 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)) acorde con la Lex Artis, segùn 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 demàs normas concordantes. | Prestar servicios como médico general en la Unidad de Servicios de Salud asignadas (El Destino y La Flora). | Asistencia a Unidad de Servicios de Salud asignadas (El Destino y La Flora). |
| 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. | Realización de actividades de promoción y prevención de la enfermedad y el autocuidado de la salud. | Dar recomendaciones durante la valoración médica en el consultorio de acuerdo con las necesidades, patologías y ciclo de vida del paciente. |
| 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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | Registro de la historia clínica durante la valoración médica en el consultorio de cada paciente agendado en la Unidad de Servicios de Salud asignada de acuerdo con las normas vigentes que la rigen. | Historia clínica individual en Dinámica Gerencial |


***© Siasur - 2025***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guìas, 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. | Adherencia a los protocolos y guías de práctica clínica establecidos por la Subred y la Secretaria de Salud para cada una de las patologías de los pacientes asignados, así como la renovación de formato MIPRES en los casos que se amerite. | Historia clínica en Dinámica Gerencial y formato 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. | Identificación de necesidad de cada paciente durante la valoración médica en consultorio para lograr adecuada canalización a las rutas de atención en salud de acuerdo s su ciclo de vida. | Historia clínica en Dinámica Gerencial |
| 6 | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | Identificación de necesidad de cada paciente durante la valoración médica en consultorio para lograr adecuada canalización a las rutas de atención en salud de acuerdo s su ciclo de vida. | Historia clínica en Dinámica Gerencial |
| 7 | Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | Generar manejo y cuidado integral del paciente de acuerdo con las normas vigentes, sus necesidades y su ciclo de vida. | Historia clínica en Dinámica Gerencial |
| 8 | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | Dar información clara y precisa sobre el diagnóstico y tratamiento al familiar, acudiente o tutor legal del paciente valorado en el consultorio. | Historia clínica en Dinámica Gerencial |
| 9 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | Cumplir con las demás actividades que sean asignadas al perfil de médico general en la Unidad de Servicios de Salud asignada. | Historia clínica en Dinámica Gerencial |

## 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 | $ 7937300 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 90596864 | - | | |
| **2025** | **SEPTIEMBRE** | **2025** | **10** | **14** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **SIETE MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 3174920 | $ 507987 | **$ 512000** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 396865 | **$ 400000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 77341 | **$ 78000** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 921425** | **$ 990000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550004800451272 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES | 2025-10-24 10:59:54 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2025-10-24 11:47:11 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES | 2025-10-24 14:24:59 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2025-10-24 15:33:38 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-10-27 10:47:41 |
| 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 12:40:40 |

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.



**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**
**DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS**


***© 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 | 1031135164 | ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES | Calle 47A Sur 26-16 | 2701517 | angela.avecor@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 14/10/2025 | 90596864 | $1.054.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 400.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 400.000 | 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 | 512.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 512.000 | 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 | 78.000 | | | | 78.000 | 0 | 0 | 78.000 | | | 780 | 78.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 64.000 | 0 | 0 | 64.000 | 1 |

**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 | 400.000 | 400.000 |
| Pensión | 1 | 512.000 | 512.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 78.000 | 78.000 |
| CCF | 1 | 64.000 | 64.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 1.054.000 | 1.054.000 |

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 | 1031135164 | ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES | | Calle 47A Sur 26-16 | 2701517 | angela.avecor@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 14/10/2025 | 90596864 | $1.054.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 | 1031135164 | AVENDAÑO CORTES ANGELA PATRICIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3.200.000 | 512.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 3.200.000 | 400.000 | 14-11 | 3.200.000 | 3 | 78.000 | CCF24 | 3.200.000 | 64.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CTO 3262-2025 ENERO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | CTO 3262-2025 ENERO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | VISIOMETRIA.pdf | VISIOMETRIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | VACUNA INFLUENZA.pdf | VACUNA INFLUENZA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CURSO AGENTES QUÍMICOS.pdf | CURSO AGENTES QUÍMICOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CURSO CUIDADO DEL DONANTE.pdf | CURSO CUIDADO DEL DONANTE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CURSO MANEJO DEL DOLOR.pdf | CURSO MANEJO DEL DOLOR.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3262-2025 FEBRERO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | CTO 3262-2025 FEBRERO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3262-2025 MARZO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | CTO 3262-2025 MARZO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3262-2025 ABRIL USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | CTO 3262-2025 ABRIL USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL 2025.pdf | POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3262-2025 MAYO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | CTO 3262-2025 MAYO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3262-2025 JUNIO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | CTO 3262-2025 JUNIO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3262-2025 JULIO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | CTO 3262-2025 JULIO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3262-2025 AGOSTO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | CTO 3262-2025 AGOSTO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3262-2025 SEPTIEMBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | CTO 3262-2025 SEPTIEMBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

## ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES

**1031135164**

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

**POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN**

con una intensidad de **2** horas

Para constancia se expide:

**18 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