FECHA	N° IDENTIFICA	USUARIO	CONVENIO	PROCEDIMIENTO	VALOR
09/10/2025	98390929	HENRY HERNAN LOPEZ FUENMAY(	EXAMENES SENA 2025-	- AUDIOMETRÍA	$26.000,00
09/10/2025	98390929	HENRY HERNAN LOPEZ FUENMAY(	EXAMENES SENA 2025-	- VALORACION DE VOZ	$34.000,00
09/10/2025	98390929	HENRY HERNAN LOPEZ FUENMAY(	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
09/10/2025	98390929	HENRY HERNAN LOPEZ FUENMAY(	EXAMENES SENA 2025-	ESPIROMETRIA	$32.000,00
09/10/2025	98429889	FLAVIO JUAN CUELLAR RODRIGUE	EXAMENES SENA 2025-	- VALORACION DE VOZ	$34.000,00
09/10/2025	98429889	FLAVIO JUAN CUELLAR RODRIGUE	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
09/10/2025	87940695	WILMER ARTURO MENDOZA MON	EXAMENES SENA 2025-	- AUDIOMETRÍA	$26.000,00
09/10/2025	87940695	WILMER ARTURO MENDOZA MON	EXAMENES SENA 2025-	- VALORACION DE VOZ	$34.000,00
09/10/2025	87940695	WILMER ARTURO MENDOZA MON	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
09/10/2025	87940695	WILMER ARTURO MENDOZA MON	EXAMENES SENA 2025-	ESPIROMETRIA	$32.000,00
09/10/2025	59666403	YOLANDA DEL ARAUJO OLIVA	EXAMENES SENA 2025-	- AUDIOMETRÍA	$26.000,00
09/10/2025	59666403	YOLANDA DEL ARAUJO OLIVA	EXAMENES SENA 2025-	- VALORACION DE VOZ	$34.000,00
09/10/2025	59666403	YOLANDA DEL ARAUJO OLIVA	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
09/10/2025	59666403	YOLANDA DEL ARAUJO OLIVA	EXAMENES SENA 2025-	ESPIROMETRIA	$32.000,00
14/10/2025	1085283429	NEICY CARLINA SINISTERRA NAZAF	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
01/11/2025	11811930	JUAN CARLOS ABADIA BERMUDEZ	EXAMENES SENA 2025-	- AUDIOMETRÍA	$26.000,00
01/11/2025	11811930	JUAN CARLOS ABADIA BERMUDEZ	EXAMENES SENA 2025-	- VALORACION DE VOZ	$34.000,00
01/11/2025	11811930	JUAN CARLOS ABADIA BERMUDEZ	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
01/11/2025	11811930	JUAN CARLOS ABADIA BERMUDEZ	EXAMENES SENA 2025-	ESPIROMETRIA	$32.000,00
05/11/2025	1087111171	DIEGO FERNANDO URDIN CORTES	EXAMENES SENA 2025-	- AUDIOMETRÍA	$26.000,00
05/11/2025	1087111171	DIEGO FERNANDO URDIN CORTES	EXAMENES SENA 2025-	- VALORACION DE VOZ	$34.000,00
05/11/2025	1087111171	DIEGO FERNANDO URDIN CORTES	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
05/11/2025	1087111171	DIEGO FERNANDO URDIN CORTES	EXAMENES SENA 2025-	ESPIROMETRIA	$32.000,00
05/11/2025	1087111171	DIEGO FERNANDO URDIN CORTES	EXAMENES SENA 2025-	ELECTROCARDIOGRAM	$78.000,00
05/11/2025	1087111852	JESSICA ALEXANDRA ESTUPIÑAN F	EXAMENES SENA 2025-	- AUDIOMETRÍA	$26.000,00
05/11/2025	1087111852	JESSICA ALEXANDRA ESTUPIÑAN F	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
05/11/2025	1087111852	JESSICA ALEXANDRA ESTUPIÑAN F	EXAMENES SENA 2025-	ELECTROCARDIOGRAM	$78.000,00
06/11/2025	36750310	PAOLA LISSET ANGULO SALAZAR	EXAMENES SENA 2025-	- VALORACION DE VOZ	$34.000,00
06/11/2025	36750310	PAOLA LISSET ANGULO SALAZAR	EXAMENES SENA 2025-	- AUDIOMETRÍA	$26.000,00
06/11/2025	36750310	PAOLA LISSET ANGULO SALAZAR	EXAMENES SENA 2025-	ESPIROMETRIA	$32.000,00
07/11/2025	1087126967	DIEGO PALACIOS	EXAMENES SENA 2025-	- AUDIOMETRÍA	$26.000,00
07/11/2025	1087126967	DIEGO PALACIOS	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
08/11/2025	12918755	JORGE HERNAN BUITRAGO DIAZ	EXAMENES SENA 2025-	- AUDIOMETRÍA	$26.000,00
08/11/2025	12918755	JORGE HERNAN BUITRAGO DIAZ	EXAMENES SENA 2025-	- VALORACION DE VOZ	$34.000,00
08/11/2025	12918755	JORGE HERNAN BUITRAGO DIAZ	EXAMENES SENA 2025-	- OPTOMETRÍA	$30.000,00
08/11/2025	12918755	JORGE HERNAN BUITRAGO DIAZ	EXAMENES SENA 2025-	ELECTROCARDIOGRAM	$78.000,00
				VALOR	$1.232.000,00

Powered by CamScanner

IPS AM PM 24 SAS	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: OCTUBRE - 7 - 2025 EPS: NUEVA EPS

FECHA DE NACIMIENTO 30-05-75 CARGO: INSTRUCTOR

CELULAR: 3106224959

Yo, Henry Hernán López Fuenmayor identificado con cédula de ciudadanía No. 98390979, certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☒ Audiometría

☒ Espirometría ☒ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz

Exámenes de Laboratorios valoracion de bator

Toma Medicamentos: Si ___ No X ¿Cuáles? _____

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

c.c. No. 98390979

La IPS AM.PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

FORMATO 40

IPS AM PM 24 SAS	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 7-10-2025 EPS: Nueva EPS
FECHA DE NACIMIENTO 07-09-1977 CARGO: instructor
CELULAR: 3160470832

Yo, Flavio Juan Cuellar Rodriguez identificado con cédula de ciudadanía No. 8429889, certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☐ Audiometría

☐ Espirometría ☒ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz

Exámenes de Laboratorios valoracion de color

Toma Medicamentos: Si ✓ No___ ¿Cuáles? losartan de 50

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

c.c. No. 8429889

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM 24 SAS	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 07/10/2025 EPS: Nueva EPS

FECHA DE NACIMIENTO 22/06/1980 CARGO: Instructor

CELULAR: 3187726210

Yo, Wilmer Arturo Mendoza identificado con cédula de ciudadanía No. 87940695, certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☑ Audiometría

☑ Espirometría ☒ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz

Exámenes de Laboratorios Valoracion de vue ✓

Toma Medicamentos: Si ___ No x ¿Cuáles? _____

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

Wilmer Mendoza

C.C. No. 87940695

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 08-10-2025 EPS: Nueva EPS

FECHA DE NACIMIENTO 23-11-7968 CARGO: Instructora Acuicola

CELULAR: 3128267836

Yo, Yolanda Araujo Oliva identificado con cédula de ciudadanía No. 59'666 403. certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA -Tumaco realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☒ Audiometría

☑ Espirometría ☒ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz

Exámenes de Laboratorios Valoracion de voz

Toma Medicamentos: Si____ No X ¿Cuáles? _____

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

Yolanda Araujo O.

c.c. No. 59'666.403

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM 24 SAS	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 14-OCT-2025 EPS: Nueva EPS

FECHA DE NACIMIENTO 24-03-1990 CARGO: Profesional Acompañante

CELULAR: 3176169842

Yo, Neiry Smatterra identificado con cédula de ciudadanía No. 1.085.283.429, certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☐ Audiometría

☐ Espirometría ☒ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz

Exámenes de Laboratorios

_____

_____

Toma Medicamentos: Si ____ No X ¿Cuáles? _____

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

_____

c.c. No. 1085.283.429

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 23/10/2025 EPS: Sanitas

FECHA DE NACIMIENTO 30/04/1981 CARGO: Instructor

CELULAR: 3173982800

Yo, Juan Carlos Abadía Bermúdez identificado con cédula de ciudadanía No. 11811930, certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☒ Audiometría

☒ Espirometría ☒ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz

Exámenes de Laboratorios x Valoración de VO2 -

Toma Medicamentos: Si ___ No X ¿Cuáles? _____

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

c.c. No. 11811930

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM 24 SAS	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 04 Nov 2025 EPS: N. EPS

FECHA DE NACIMIENTO 6 Nov 86 CARGO: Instructor

CELULAR: 3142630593

Yo, Diego Fernando Ordoñez Cortes identificado con cédula de ciudadanía No. 1087111171, certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☒ Audiometría

☒ Espirometría ☒ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz

Exámenes de Laboratorios Valoracion de voz x electrocardiograma

Toma Medicamentos: Si ___ No X ¿Cuáles? _____

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

C.C. No. 1087111171

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM 24 SAS	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 04 Noviembre 2025 EPS: Nueva EPS.
FECHA DE NACIMIENTO 25/08/1986 CARGO: Profesional Grado 4
CELULAR: 3166289487

Yo, Jesica Alexandra Estupiñan Ferrin identificado con cédula de ciudadanía No. 1087.111.852., certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☒ Audiometría

☐ Espirometría ☒ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz

Exámenes de Laboratorios electrocardiograma

Toma Medicamentos: Si ___ No X ¿Cuáles? _____

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

C.C. No. 1087.111.852

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM 24 SAS	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: Nov. 4 de 2025 EPS: Nueva EPS
FECHA DE NACIMIENTO 14-09-1978 CARGO: Instructora
CELULAR: 3163248298

Yo, Paola Angulo Salazar identificado con cédula de ciudadanía No. 36750370, certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa _____ realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☒ Audiometría
☒ Espirometría ☐ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz
Exámenes de Laboratorios Valoracion de bot

Toma Medicamentos: Si ___ No X ¿Cuáles? _____

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

Paola Angulo.
c.c. No. 36750370

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM / 24 SAS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO ASISTENCIAL	Código: FO01-PT01-PA Fecha: 22-02-2022 Versión: 03

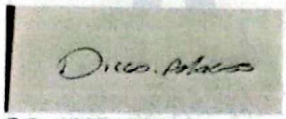
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de atención: 2025-11-07 14:22:53
Cargo: .
Fecha de nacimiento: 1988-07-23
Contacto: 3157969668

Yo, **Diego Palacios** identificado con cédula de ciudadanía No. **1087126967** certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para realizar los examenes y/o procedimientos listados y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma veridica.

- - audiometría
- - optometría

Firma del usuario



CC. 1087126967
Diego Palacios

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos. Para mayor información sobre la política de tratamiento de datos puede visitar el sitio web de la IPS AMPM24 SAS en la dirección: https://www.ampm24.co/

Powered by CamScanner

IPS AM PM 24 SAS	FORMATO 40	FECHA: 01-06-2019
	PROCESO ASISTENCIAL	VERSION 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Hora de Atención_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 7 Noviembre de 2025 EPS: Nueva EPS

FECHA DE NACIMIENTO 3/IV/1991 CARGO: Distrib.

CELULAR: 3165317773

Yo, Jorge Hernán Ruiz Gil identificado con cédula de ciudadanía No. 12.518.751, certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa Sena realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☐ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☒ Audiometría

☐ Espirometría ☒ Optometría ☐ Valoración Psicomotriz

Exámenes de Laboratorios valoracion de voz electrocardiograma

Toma Medicamentos: Si X No___ ¿Cuáles? Irbesartan 150 mg + Hidroclorotiazida

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

C.C. No. 12.518.751

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner