

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-31			
Nombre Contratista:	del	DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA	Número de Documento:	1023902832			
Correo Electrónico:	dkmendez63@gmail.com		Número Telefónico:	3105614418			
Nombre Supervisor:	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3702-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	303
Perfil:	FISIOTERAPEUTA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
M12ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	168	0	21866	\$3673488	87.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3673488	TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-02	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 3673488	
2	MARZO	\$ 4198272	
3	ABRIL	\$ 3935880	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 20991360	\$ 20991360	\$ 11807640	\$ 9183720

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar servicios profesionales especializados como Fisioterapeuta, en calidad de apoyo terapéutico, orientados a la atención de usuarios de LA SUBRED SUR E.S.E., conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente que regula la prestación de servicios de salud, atendiendo las necesidades asistenciales previamente definidas por la Entidad.	--Las actividades como Terapeuta Respiratoria ,en la unidad de meissen en el area de Urgencias pediaticas las realizo apoyando y brindando a los pacientes un adecuado manejo respiratorio como signo vital para el normal desarrollo de las actividades del paciente, ayudando para alternar el funcionamiento de otros sistemas, y explicando el adecuado uso terapeutico de los insumos necesarios en el diario vivir.	--Se registra en el aplicativo dinamica gerencial las indicaciones dadas al paciente en la historia clinica.
2	2. Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, a nivel individual, familiar y comunitario, en coherencia con los lineamientos institucionales y las políticas públicas aplicables.	--Realizar educación clínica funcional y terapeutica de los problemas de salud cardio respiratorios en toda la comunidad y organizar actividades de control y tratamiento de la enfermedad. Participar en programas de investigación para identificar los problemas en salud respiratoria que se genere en la población	--Planes de manejo y protocolos institucionales
3	3. Registrar de manera autónoma y responsable la información derivada de la atención terapéutica en la historia clínica del usuario, garantizando que esta sea veraz, secuencial, coherente, legible, clara y completa, sin tachaduras ni enmendaduras, y utilizando únicamente siglas internacionalmente aceptadas, de conformidad con los criterios de integralidad, racionalidad científica y oportunidad establecidos en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017, y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	-Registrar en la historia clinica del paciente su evolución diaria tales como signos vitales, estado hemodinamica, evaluación cardiovascular. Verificar diagnosticos y antecedentes del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de enfermedad cardiopulmonar que presente	--Historia Clínica en el aplicativo Dinamica
4	4. Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con el apoyo terapéutico respiratorio, observando las disposiciones técnicas y científicas vigentes, así como el diligenciamiento del consentimiento informado cuando a ello haya lugar, y el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	--Revisar autorización y/o consentimiento del paciente al procedimiento , aplicar medidas de bioseguridad, entrevistar al paciente etica y cordialmente y evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente.	--Autorización Formato Consentimiento Informado y evaluación fisica al paciente.
5	5. Contribuir al apoyo técnico en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como en la consolidación de información requerida para la trazabilidad y análisis de indicadores en salud, de acuerdo con los lineamientos definidos por la Entidad.	--Identificarse con el paciente y cuidadores y confirmar su identidad , informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir y brindarle educación al paciente y/o familia de acuerdo a protocolos internos.	-Formatos en protocolos internos.
6	7. Realizar la valoración clínica, diagnóstico funcional y definición del plan de manejo terapéutico respiratorio, de conformidad con el cuadro clínico del paciente que acude a LA SUBRED SUR E.S.E., efectuando el seguimiento correspondiente hasta su egreso o continuidad en atención ambulatoria, según criterio profesional.	--Los servicios de terapia respiratoria se basan en la atención a los pacientes en procesos como areas de ventilacion mecanica, fisiologia pulmonar , programas domiciliarios y rehabilitacion , de acuerdo a la normatividad legal vigente	-Equipos e implementos para el desarrollo de los procedimientos a los pacientes.

Carretera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	8. Brindar información clara y oportuna al familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable del cuidado del paciente, sobre la evolución, riesgos o posibles complicaciones del cuadro clínico objeto de atención, dentro del marco de la ética profesional y la confidencialidad de la información.	--Evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente, informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir , posteriormente reportar resultados al medico tratante y anotar en historia clinica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna.	-procedimiento a seguir , posteriormente reportar resultados al medico tratante y anotar en historia clinica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna. -Evolución del paciente registrada en historia clinica.
8	9. Ejecutar otras actividades propias del perfil profesional de Fisioterapeuta que contribuyan al fortalecimiento de las actividades misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., siempre que se encuentren relacionadas con el objeto contractual y no impliquen funciones propias de un vínculo laboral.	--Informar y explicar a familiares y cuidadores la evolución diaria y el estado de salud del paciente y registrar en historia clinica el resultado y procedimiento aplicado al paciente.	--Historia Clinica registrada en medios magneticos.
9	6. Articular su gestión profesional con los equipos misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., con el fin de favorecer el manejo integral y continuo del paciente, en observancia de la normatividad legal y técnica vigente, sin que dicha articulación implique subordinación o dependencia laboral	--Las demas actividades que se requieran propias del objeto contractual como terapeuta respiratoria dentro de la Subred Sur	-Guías y protocolos internos

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	\$ 3935880
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	04	20	76260092	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTAPESOS			
Ítem				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280400
Salud					EPS SÁNTITAS		\$ 218863	\$ 219000
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 542100
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	035574805	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA		2026-05-24 22:43:00		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2026-05-24 23:07:35		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-05-25 09:09:17		

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023902832	DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA		calle 48 L# 5f-29 sur barrio bochica	3105614418	dkmendez63@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76260092	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$542.100	

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	219.000	0		0		0	0	0	0	219.000	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	280.400	0	0	0	0	0	0		280.400	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	219.000	219.000
Pensión	1	280.400	280.400
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	542.100	542.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023902832	DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA		calle 48 L# 5f-29 sur barrio bochica	3105614418	dkmendez63@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76260092	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$542.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																											
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN											
1	CC 1023902832	MENDEZ FALLA DIANA KATHERINE		57	0			N															230301	1.752.000	30	280.400	0	0	0	0	EPS005	1.752.000	30	219.000	14-11	1.752.000	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



- 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"/> DIPLOMA Y ACTA DE GRADO FISIOTERAPEUTA.pdf	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO FISIOTERAPEUTA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA DEL SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA DEL SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 14. CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	14. CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO ADMINISTRACION DEL RIESG.pdf	CURSO ADMINISTRACION DEL RIESG.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.pdf	CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN.pdf	CURSO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO NUEVOS AIRES DE CREATIVIDAD E INNOVACIÓN EN SALUD.pdf	CURSO NUEVOS AIRES DE CREATIVIDAD E INNOVACIÓN EN SALUD.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO POLITICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCION.pdf	CURSO POLITICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO RESPONSABILIDAD SOCIAL.pdf	CURSO RESPONSABILIDAD SOCIAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 15. CUENTA DE COBRO MARZO DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	15. CUENTA DE COBRO MARZO DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE.pdf	CURSO DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3702 2026.pdf	PS 3702 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 16. CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	16. CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



PIMS

PLAN INTEGRAL DE
MOVILIDAD SOSTENIBLE

Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.
¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios



- 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"/> DIPLOMA Y ACTA DE GRADO FISIOTERAPEUTA.pdf	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO FISIOTERAPEUTA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA DEL SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA DEL SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 14. CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	14. CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO ADMINISTRACION DEL RIESG.pdf	CURSO ADMINISTRACION DEL RIESG.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.pdf	CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN.pdf	CURSO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO NUEVOS AIRES DE CREATIVIDAD E INNOVACIÓN EN SALUD.pdf	CURSO NUEVOS AIRES DE CREATIVIDAD E INNOVACIÓN EN SALUD.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO POLITICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCION.pdf	CURSO POLITICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO RESPONSABILIDAD SOCIAL.pdf	CURSO RESPONSABILIDAD SOCIAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 15. CUENTA DE COBRO MARZO DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	15. CUENTA DE COBRO MARZO DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CURSO DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE.pdf	CURSO DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3702 2026.pdf	PS 3702 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 16. CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	16. CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2026 - CTO 3702 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



PIMS

PLAN INTEGRAL DE
MOVILIDAD SOSTENIBLE

Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.
¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios

