	[illegible] INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | [illegible]

DATOS DEL INFORME

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]		[illegible]	[illegible]
[illegible]		[illegible]	[illegible]

DATOS DEL CONTRATO

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]				
[illegible]	[illegible]				
[illegible]	[illegible]				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	TOTAL	[illegible]
DIRECCIÓN DE [illegible]	[illegible]							
DIRECCIÓN DE URGENCIAS	[illegible]							
DIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	[illegible]							
UCI PEDIÁTRICA	[illegible]							
UCI NEONATAL	[illegible]							
UCI ADULTOS	[illegible]							
DIRECCIÓN COMPLEMENTARIOS	[illegible]							
CONVENIO APS	[illegible]							
[illegible]							$ -	0,00%
RURALIDAD	[illegible]							
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	[illegible]							
GESTIÓN DEL RIESGO	[illegible]							
SALUD PÚBLICA PIC	[illegible]							
[illegible]		[illegible]	[illegible]				$ 4.003.584	[illegible]%
							$	[illegible]%
							$ -	0,00%
[illegible]	[illegible]							
[illegible]	[illegible]							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES	$ 4.003.584	CUATRO MILLONES TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

[illegible] PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		[illegible]				FECHA TERMINACIÓN CONTRATO [illegible]	[illegible]	
No. PRÓRROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	No. ADICIÓN	VALOR ADICIÓN	CDP	[illegible]	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
			[illegible]	$ [illegible]	[illegible]	1		
						2		
						3		
						4		
						5	Mayo	$ [illegible]
						6	Junio	$ 4.003.584
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.284.108	$ 8.035.938	$ 8.035.938	$

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

Escaneado con CamScanner

[illegible]	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	No aplica	NO APLICA
[illegible]	No aplica	NO APLICA
[illegible]	[illegible]	[illegible]

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

[illegible]		[illegible]			NUMERO DE PLANILLA	[illegible]	$ 4.852.524
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
2021	5	2021	06	11			

[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PENSION	NO	[illegible]	$ 1.612.9[illegible]	$ 258.100	$ 258.100
SALUD		[illegible]		$ 201.600	$ 201.700
ARL	1	[illegible]		$ 79.300	$ 79.400
CAJA DE COMPENSACIÓN	NO			$ 199.000	$ 199.100

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	No. CUENTA

Mabel Yoleth Palacios P (signature)

[illegible]

Jannetth Cordero (signature)

[illegible]

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	No.	Razón Social	Clase Aportante	Tarifa Pensión	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Sucursal CCF o Caja

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO					PENSIÓN			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Cotiza	Días	IBC	Aporte	Cotiza	Días	IBC	Aporte	Cotiza	Días	TD	Aporte	Cotiza	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Total Afiliados(1)																							

Escaneado con CamScanner

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1020189444

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9420926808

Fecha
11/06/2021

Número de aprobación
00189444

Dirección IP
179.18.23.219

Valor transacción
$ 499.100,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.18.23.219	CC	1077457529

Escaneado con CamScanner