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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
Nombre del Contratista:	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL		**Número de Documento:**	52953523	
Correo Electrónico:	estefi.jimenezs@gmail.com		**Número Telefónico:**	3006593051	
Nombre del Supervisor:	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ	**Cargo:**	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	**Código - Grado:**	009-05A

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3248-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	478
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R14SA	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	$8111300	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 8111300**	**OCHO MILLONES CIENTOONCE MIL TRESCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 8111300	
2	MARZO	$ 8111300	
3	ABRIL	$ 8111300	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 24333900	**$ 24333900**	**$ 24333900**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Ejercer la supervision de contratos para suministros e insumos medico quirurgicos.	-SEGUIMIENTO DE CONTRATOS MEDICO QUIRURGICOS	EJECUCION DE CONTRATOS
2	2. Garantizar el proceso de almacenamiento, distribucion y control de suministros e insumos medico quirurgicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-SEGUIMIENTO A EXISTENCIAS DE INSUMOS	-ANEXO TECNICO
3	3. Garantizar la organizacion, conservacion de los elementos, suministros e insumos medico quirurgicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-REVISIÓN DE CONSUMOS PROMEDIO	-SUMINISITRO A PACIENTE
4	4. Identificar la necesidad de presupuesto requerido para proyectar adiciones y prorrogas de cada contratos de suministros e insumos Medico Quirurgicos.	-PROYECCIÓN DE NECESIDADES DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS	-ANEXO TECNICO VERSUS SUMINISTRO A PACIENTE
5	5. Elaborar los estudios de necesidad para suminsitros e insumos medico quirurgicos que se requieran, con el fin de garantizar el suministro de los mismos al area asistencial y administrativa.	-ELABORACIÓN DE ESTUDIOS DE NECESIDAD	-ELABORACIÓN DE ESTUDIOS DE NECESIDAD
6	6. Ejercer el control frente al cunsumo de suministros e insumos Medico Quirurgicos con base en los consumos promedio, las necesidades identificadas y los pedidos realizados por los servicios.	-SEGUIMIENTO A REPORTES DE INSUMOS MQX	- ANEXO TECNICO
7	7. Elaborar los pedidos a proveedores basado en el stock de bodega, consumos promedios, maximo y minimos, garantizando asi la existrencia de los insumos requeridos en los servicios tanto asistenciales como administrativos.	-ELABORACIÓN DE PEDIDO DE INSUMOS MQX	-DINAMICA GERENCIAL Y CORREOS
8	8. Apoyar y coordinar la realizacion de las evaluaciones tecnicas, economicas y de experiencia para suministro e insumos Medico Quirurgicos.	-APOYO EN EVALUACIONES TÉCNICAS Y ELABORACIÓN DE EVALUACIÓN ECONÓMICA Y EXPERIENCIA	- EVALUACIÓN IC 033-2024
9	9. Certificar las facturas de suministros e insumos Medico Quirurgicas, las cuales seran radicadas al area de cuentas por pagar dentro de los tiempos establecidos.	-ENTREGA DE FACTURAS A CUENTAS POR PAGAR CON CERTIFICACIÓN	-RADICACION A CUENTAS POR PAGAR
10	10. Elaborar los informes requeridos al almacen de suministros e insumos Medico Quirurgicos.	-ELABORACIÓN DE INFORMES	- ELABORACIÓN DE INFORMES A DIFERENTES AREAS
11	11. Garantizar el manejo de la informacion del almacen y la respuesta a las necesidades institucionales coordinando las actividades de los colaboradores que hacen parte del proceso.	- -ENTREGA DE INFORMES	- SEGUIMIENTO DE FIN DE SEMANA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12. Dar respuesta a los requerimientos tanto internos como externos concernientes a todo el proceso de Gesiton de Suministros.	- RESPUESTA A SOLICITUDES REALIZADAS POR DIFERENTES PROCESOS	-ALMERA AGIL SALUD

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	$ 8111300
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	75723442	-		
2024	MARZO	2024	04	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		OCHO MILLONES CIENTOONCE MIL TRESCIENTOS PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 3244520	$ 519123	**$ 521900**
Salud		COMPENSAR		$ 405565	**$ 407700**
ARL	1	SURA		$ 16936	**$ 17100**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 941624**	**$ 946700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870439983

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL	2024-04-26 19:29:19
RECHAZADO SUPERVISOR	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ	2024-04-27 23:04:32
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL	2024-04-29 07:36:42
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL	2024-04-29 07:37:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL	2024-04-29 07:37:38
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL	2024-04-29 07:47:32
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ	2024-04-29 08:18:40
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-05-01 13:16:21
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-05-15 12:25:27

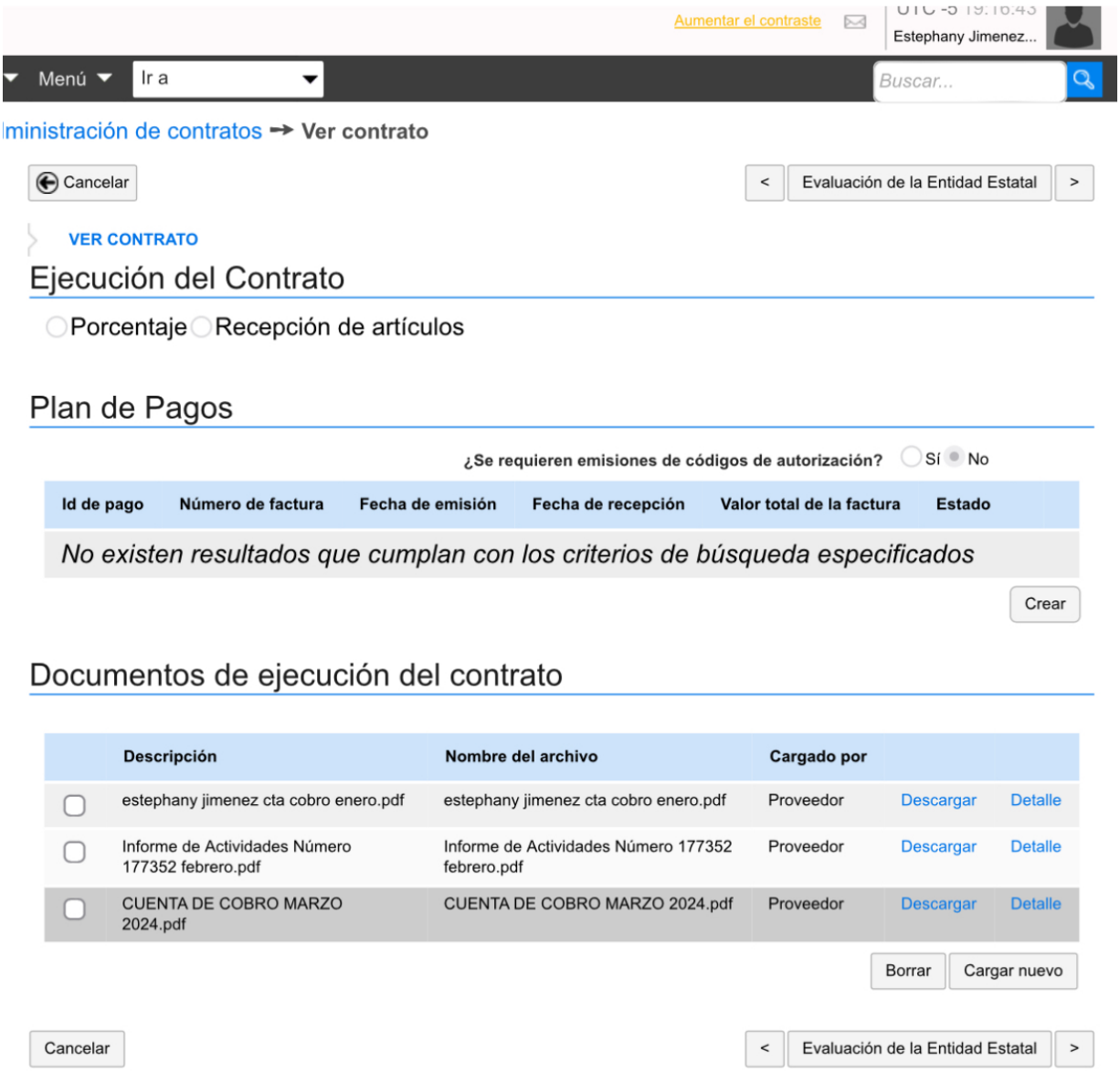
Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

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.



MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

© Siasur - 2024


Aumentar el contraste
Estephany Jimenez...
Menú
Ir a
Buscar...
ministración de contratos → Ver contrato
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
estephany jimenez cta cobro enero.pdf
estephany jimenez cta cobro enero.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Informe de Actividades Número 177352 febrero.pdf
Informe de Actividades Número 177352 febrero.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf
CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

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:**	2024-03-01	**Hasta:**	2024-03-31	
Nombre del Contratista:	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL		**Número de Documento:**	52953523	
Correo Electrónico:	estefi.jimenezs@gmail.com		**Número Telefónico:**	3006593051	
Nombre del Supervisor:	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ	**Cargo:**	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	**Código - Grado:**	009-05A

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3248-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	478
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R11SA	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	$8111300	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 8111300**	**OCHO MILLONES CIENTOONCE MIL TRESCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 8111300	
2	MARZO	$ 8111300	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 24333900	**$ 24333900**	**$ 16222600**	**$ 8111300**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	1. Ejercer la supervision de contratos para suministros e insumos medico quirurgicos.	-SEGUIMIENTO DE CONTRATOS MEDICO QUIRURGICOS	-EJECUCION DE CONTRATOS
2	2. Garantizar el proceso de almacenamiento, distribucion y control de suministros e insumos medico quirurgicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-SEGUIMIENTO A EXISTENCIAS DE INSUMOS	-ANEXO TECNICO
3	3. Garantizar la organizacion, conservacion de los elementos, suministros e insumos medico quirurgicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-REVISIÓN DE CONSUMOS PROMEDIO	-ANEXO TÉCNICO, SUMINISTROS A PACIENTE
4	4. Identificar la necesidad de presupuesto requerido para proyectar adiciones y prorrogas de cada contratos de suministros e insumos Medico Quirurgicos.	-PROYECCIÓN DE NECESIDADES DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS	-ANEXO TÉCNICO VERSUS EXISTENCIAS
5	5. Elaborar los estudios de necesidad para suminsitros e insumos medico quirurgicos que se requieran, con el fin de garantizar el suministro de los mismos al area asistencial y administrativa.	-ELABORACIÓN DE ESTUDIOS DE NECESIDAD	-ESTUDIO DE NECESIDAD DE MEDICO QUIRURGICOS,
6	6. Ejercer el control frente al cunsumo de suministros e insumos Medico Quirurgicos con base en los consumos promedio, las necesidades identificadas y los pedidos realizados por los servicios.	-SEGUIMIENTO A REPORTES DE INSUMOS MQX	- ANEXO TECNICO
7	7. Elaborar los pedidos a proveedores basado en el stock de bodega, consumos promedios, maximo y minimos, garantizando asi la existrencia de los insumos requeridos en los servicios tanto asistenciales como administrativos.	-ELABORACIÓN DE PEDIDO DE INSUMOS MQX	- DINAMICA GERENCIAL Y ENVIÓ CORREOS A PROVEEDORES
8	8. Apoyar y coordinar la realizacion de las evaluaciones tecnicas, economicas y de experiencia para suministro e insumos Medico Quirurgicos.	-APOYO EN EVALUACIONES TÉCNICAS Y ELABORACIÓN DE EVALUACIÓN ECONÓMICA Y EXPERIENCIA	-EVALUACIÓN CONVOCATORIA PUBLICA IC 033-2024 Y IC 021-2024
9	9. Certificar las facturas de suministros e insumos Medico Quirurgicas, las cuales seran radicadas al area de cuentas por pagar dentro de los tiempos establecidos.	-ENTREGA DE FACTURAS A CUENTAS POR PAGAR CON CERTIFICACIÓN	-RADICADO A CUENTAS POR PAGAR
10	10. Elaborar los informes requeridos al almacen de suministros e insumos Medico Quirurgicos.	- ELABORACIÓN DE INFORMES	-ELABORACIÓN DE INFORMES A DIFERENTES AREAS
11	11. Garantizar el manejo de la informacion del almacen y la respuesta a las necesidades institucionales coordinando las actividades de los colaboradores que hacen parte del proceso.	-ENTREGA DE INFORMES	-SEGUIMIENTO FIN DE SEMANA
12	12. Dar respuesta a los requerimientos tanto internos como externos concernientes a todo el proceso de Gesiton de Suministros.	-RESPUESTA A SOLICITUDES REALIZADAS POR DIFERENTES PROCESOS	-ALMERA, AGILSALUD

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	$ 8111300
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	74969035	-		
2024	FEBRERO	2024	03	08				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					OCHO MILLONES CIENTOONCE MIL TRESCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 3244520	$ 519123	**$ 519700**
Salud		COMPENSAR		$ 405565	**$ 406000**
ARL	1	SURA		$ 16936	**$ 17100**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 941624**	**$ 942800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870439983

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL	2024-03-26 07:45:43
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ	2024-03-26 10:14:48
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-03-27 20:35:09
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-04-12 14:26:22

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.



MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

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	52953523-0	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL	CR 14 A # 59 - 57 APTO 201	3006593051	estefi.jimenezs@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	11/04/2024	75723442	$946.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	405.600	0		0		0	6	2.100	0	407.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	519.200	0	0	0	0	6	2.700	0	521.900	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	17.000				17.000	6	100	17.100			170	17.100	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	405.600	407.700
Pensión	1	519.200	521.900
Riesgos Laborales	1	17.000	17.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	941.800	946.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52953523-0	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL	CR 14 A # 59 - 57 APTO 201	3006593051	estefi.jimenezs@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	11/04/2024	75723442	$946.700	

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	Estudiante	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	52953523	JIMENEZ SANDOVAL ESTEPHANY	59	0			N																	230201	3.244.520	519.200	0	0	0	0	EPS008	3.244.520	405.600	14-11	3.244.520	1	17.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

G0I7v4DyZJ

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

ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL

52953523

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SARLAFT LA/FT-SICOF -PTEE

40 horas

GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLÓN
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
Oficial de Cumplimiento Principal SARLAF LA/FT- SICOF -PTEE

El presente se otorga el: abril 24, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ