| | | |
|---|---|---|
| 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:** | JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO | | **Número de Documento:** | 1010205505 | |
| **Correo Electrónico:** | jcumbalaza505@uan.edu.co | | **Número Telefónico:** | 3206190067 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5905-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1393 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS) | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| V07PI002 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | $4621644 | 63.7% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4621644** | **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-05-06 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-06-01 | 2023-09-30 | 1 | $ 24612764 | 1788 |
| 2 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 2 | $ 8101389 | 2836 |
| 3 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 3 | $ 482225 | 3150 |
| 4 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 4 | $ 14775374 | 3495 |
| 5 | 2024-01-01 | 2024-02-15 | 5 | $ 11110464 | 232 |
| 6 | 2024-02-01 | 2024-03-31 | 6 | $ 9644500 | 609 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 2024-03-01 | 2024-05-31 | 7 | $ 14910397 | 873 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 2623304 |
| 2 | JUNIO | $ 7098352 |
| 3 | JULIO | $ 7696320 |
| 4 | AGOSTO | $ 7638444 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 7657733 |
| 6 | OCTUBRE | $ 7580577 |
| 7 | NOVIEMBRE | $ 7677022 |
| 8 | DICIEMBRE | $ 7098352 |
| 9 | ENERO | $ 6558260 |
| 10 | FEBRERO | $ 7098352 |
| 11 | MARZO | $ 5555232 |
| 12 | ABRIL | $ 4621644 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7098352** | **$ 90735465** | **$ 78903592** | **$ 11831873** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación. | -Se apoyó y atendió a cada integrante del hogar independientemente de su rédimen de afiliación | -Se entregaron los formatos pertinentes individuales de atención de todo s los miembros del hogar atendido, incluida la historia clinica |
| 2 | 2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. | -Se realizo la correcion oportuna según requisitos de calidad | -Se entregaron los documentos corregidos , según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validacion |
| 3 | 3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | -Se realizo la entrega al geografo de mapas y rutas finalizadas | -Se entrego en físico la documentación correspondiente a mapas y rutas finalizadas |
| 4 | 4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. | -Se realizaron recomendaciones en salud de manera individual al finalizar cada intervención | -Se entrego en físico el plan de cuidado al finalizar la intervención a los usuarios |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas | -Se organizaron los soportes documentales según directrices del sistema | -Se entrego en físico para archivo los soportes de acciones según el cargo |
| 6 | 6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital). | -Se realizo el abordaje de riesgos de salud para la familia según los formularios oficiales | -Se entrego la historia clínica digital con las acciones de abordaje en riesgos sociales y de salud identificados en la intervencion |
| 7 | 7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. | -Se realizaron las actividades establecidas en la guía operativa vigente aprobada | -Se entregaron los soportes de todas las actividades realizadas según indicaciones de la guía operativa aprobada |
| 8 | 8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. | -Se realizaron las actividades según el esquema de operación rural según la asignación | -Se entregaron los soportes de realización de actividades en el sector rural según programación asignada |
| 9 | 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | -Se realizaron las mediciones y tamizajes necesarios para la valoración en salud e identificación de riesgos | -Se entrego la información en historia clinica con tamizajes realizados e identificación de riesgos |
| 10 | 10. Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente. | -Se refirieron mediante plataforma SIRC a usuarios de otras EAPB según su requerimiento | -Se entrego el soporte de remisión por SIRC de cada usuario que asi lo requirio |
| 11 | 11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. | -Se registraron de forma oportuna en los instrumentos establecidos, toda la información de instrumentos de control | -Se entregaron los instrumentos de control establecidos con toda la información registrada en las actividades de valoracion |
| 12 | 12. Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y- Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente. | -Se realizaron las fichas de notificación de eventos en salud publica según el caso pertinente | -Se entrego anexo a historia clínica, según el caso, la ficha de notificación de evento en salud publica |
| 13 | 13. Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar. | -Se registraron en la historia clínica, las formulas , remisiones e interconsultas según la necesidad del paciente | -Se entregaron las historias clínicas digitales con anexos de solicitudes según el caso en particular, como formulas, interconsultas y examenes |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 14 | 14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida. | -Se realizo la verificación para que todos los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud | -Se entrego el plan de actividades para que los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promocion y mantenimiento de la salud |
| 15 | 15.Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados. | -Se dio cumplimiento a todas las actividades contractuales | -historias clinicas y aplicativo |


***© Siasur - 2024***

## 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 76498250 | - | | $ 5555232 |
| 2024 | MARZO | 2024 | 04 | 23 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | CINCO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOSPESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 2222093 | $ 355535 | **$ 362000** |
| Salud | | NUEVA EPS | | $ 277762 | **$ 282800** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 54130 | **$ 55200** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 644896** | **$ 700000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 45124549276 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO | 2024-04-25 10:26:09 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-04-26 15:22:17 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO | 2024-04-28 17:31:26 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-04-29 09:49:51 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO | 2024-04-29 10:05:16 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-04-29 11:26:40 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-04-29 20:26:26 |
| 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 12:36:08 |

**LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL**


***© Siasur - 2024***

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 | 1010205505 | JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO | calle 2a #5a-32 | 7332828 | andre0805lucas@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-03 | 2024-03 | I | 23/04/2024 | 76498250 | $700.000 |

## 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 | | | | | |
| ESSC18 | EPS-S Emssanar | 901021565-8 | 277.800 | 0 | | 0 | | 0 | 21 | 5.000 | 0 | 282.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 355.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 6.400 | 0 | 362.000 | 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 | 54.200 | | | | 54.200 | 21 | 1.000 | 55.200 | | | 542 | 55.200 | 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 | 277.800 | 282.800 |
| Pensión | 1 | 355.600 | 362.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 54.200 | 55.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 687.600 | 700.000 |

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

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1010205505 | JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO | | calle 2a #5a-32 | 7332828 | andre0805lucas@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. | SI |

| 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 | |
| 2024-03 | 2024-03 | I | 23/04/2024 | 76498250 | $700.000 | |

## 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. en Exter. | Exonerado | 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 | 1010205505 | CUMBALAZA CRIOLLO JESSICA DEL ROSARIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.222.092 | 355.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | ESSC18 | 2.222.092 | 277.800 | 14-11 | 2.222.092 | 3 | 54.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Powered by CamScanner

# Comprobante

de pago en línea

## COMPENSAR-OI

**Pago realizado por:** JESSICA DELROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO

**Nro. de recibo:** 76498250

**Descripción del pago:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Identificación del contribuyente:** 181.61.206.26

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 1010205505

**Fecha y hora de la transacción:** Martes 23 de Abril de 2024 03:09:00 PM

**Nro. de comprobante:** 0000009584

**Valor pagado:** $ 700,000.00

**Producto:** *******9276

**Bancolombia S.A.**

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

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

< 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA ABRIL CTO 3830-2023.pdf | CUENTA ABRIL CTO 3830-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA MAYO CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA JUNIO CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA JULIO CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA AGOSTO CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5905-2023.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 5905-2023.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE CTO 5905-2023.pdf | CUENTA NOVIEMBRE CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE CTO 5905- | CUENTA DICIEMBRE CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | :NERO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA ENERO CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | :EBRERO CTO 5905- | CUENTA FEBRERO CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | /ARZO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA MARZO CTO 5905-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

rgkID4rSyW

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

JESSICA DEL CUMBALAZA

1010205505

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 23, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ

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

# INDUCCIÓN ESPECÍFICA 2024

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.
Denunciar abuso - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

colaboradores (entendiendo por servidores a funcionarios de planta y colaboradores a contratistas) del Distrito Capital para aportar al fortalecimiento institucional de la participación ciudadana, el diálogo y la confianza entre la ciudadanía y las entidades distritales. La

# Información

Encuesta de percepción sobre participación ciudadana y control social dirigida a servidores y colaboradores públicos en el Distrito Capital - 1 enviado correctamente

OK

2

- Entre uno a tres años
- Entre tres y siete años
- Más de siete años