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:**	2024-08-01	**Hasta:**	2024-08-31	
Nombre del Contratista:	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL		**Número de Documento:**	52953523	
Correo Electrónico:	estefi.jimenezs@gmail.com		**Número Telefónico:**	3006593051	
Nombre del Supervisor:	MIGUEL RODRIGUEZ BALLEN	**Cargo:**	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	**Código - Grado:**	

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. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-05-01	2024-05-31	1	$ 8111300	1105
2	2024-05-01	2024-06-30	2	$ 8111300	1401
3	2024-06-01	2024-08-31	3	$ 16222600	1723

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 8111300
2	MARZO	$ 8111300
3	ABRIL	$ 8111300

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	MAYO	$ 8111300
5	JUNIO	$ 8111300
6	JULIO	$ 8111300
7	AGOSTO	$ 8111300

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 24333900	**$ 56779100**	**$ 56779100**	**$ 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 cuadro de Ejecución	Cuadro de Ejecución
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 versus consumo promedio	-Dinamica Gerencial, 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.	-Aleatoria del mes de Julio- Inventario realizado a las bodegas VH01 y J310.	-Aleatorias realizadas durante el mes
4	4. Identificar la necesidad de presupuesto requerido para proyectar adiciones y prorrogas de cada contratos de suministros e insumos Medico Quirurgicos.	-Seguimiento a contratos de Medico Quirúrgicos y suministros frente a saldos de contrato, existencias y consumos promedio para definir la necesidad de adiciones y prorrogas.	--Relación de contratos, Dinamica Gerencial, formato de solicitudes
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.	--Estudio de necesidad de insumos medico Quirúrgicos desiertos IC 067-2024, ordenes de compra insumos urgentes, Anaconda, Sedacion, filtros.	-Radicado en contratación. Seguimiento drive
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 de consumos promedio, suministro a paciente, Recorridos realizados en el mes Vista hermosa, santa librada,	-Actas, Dinamica Gerencial
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.	--Proyección de pedidos a proveedor de acuerdo a las necesidades de la Subred.	- Correo electrónico- Anexo pedidos- Dinámica Gerencial(Ordenes de Compra)
8	8. Apoyar y coordinar la realizacion de las evaluaciones tecnicas, economicas y de experiencia para suministro e insumos Medico Quirurgicos.	-Evaluación de Orden de compra O10-2024, 009-2024	-Radicado en contratación, seguimiento Drive.

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	--Certificación de facturas de insumos medico quirúrgicos y Suministros a cuentas por pagar.	-Entrega de certificación a cuentas por pagar, cuadro de ejecución de contratos.
10	10. Elaborar los informes requeridos al almacen de suministros e insumos Medico Quirurgicos.	-Elaborar conciliación contable de Medico Quirúrgicos, informe 5 tecnologías, informes solicitados por la Dirección Administrativa	-Correo electrónico
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.	- Elaboración de informes solicitados por las diferentes áreas, seguimiento semanal de insumos.	--Correo electronico, Almera, AgilSalud.
12	12. Dar respuesta a los requerimientos tanto internos como externos concernientes a todo el proceso de Gesiton de Suministros.	-- Respuesta a requerimientos realizados por diferentes áreas, instituciones externas y entes de control.	--Correo electrónico, 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	78914789	-		
2024	JULIO	2024	08	12				
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	**$ 520800**
Salud		COMPENSAR		$ 405565	**$ 406900**
ARL	1	SURA		$ 16936	**$ 17100**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 941624**	**$ 944800**

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	2024-08-27 21:05:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MIGUEL RODRIGUEZ BALLEN	2024-08-28 09:25:21
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-08-28 15:39:39
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	2024-09-13 08:23:27

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.



MIGUEL RODRIGUEZ BALLEN
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	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	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	78914789	$944.800	

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	4	1.300	0	406.900	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	4	1.600	0	520.800	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	4	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	406.900
Pensión	1	519.200	520.800
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	944.800

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	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	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	78914789	$944.800	

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.

CncGn9tSyD

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:

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

Con una intensidad horaria de : 2 horas

Para constancia se expide:

agosto 27, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ

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

blank

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

blank

	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 (Archivado)	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
☐	INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL CT 3248-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL CT 3248-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MAYO 2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia

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	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	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	78914789	$944.800	

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	4	1.300	0	406.900	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	4	1.600	0	520.800	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	4	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	406.900
Pensión	1	519.200	520.800
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	944.800

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	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	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	78914789	$944.800	

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.

CncGn9tSyD

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:

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

Con una intensidad horaria de : 2 horas

Para constancia se expide:

agosto 27, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ

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

blank

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

blank

	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 (Archivado)	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
☐	INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL CT 3248-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL CT 3248-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MAYO 2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia