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:	RUBY MARCELA ALFONSO ZAMBRANO		**Número de Documento:**	52394861	
Correo Electrónico:	marcejg23@gmail.com		**Número Telefónico:**	3012666493	
Nombre del Supervisor:	FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE	**Cargo:**	DIRECTOR DE CONTRATACION	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3210-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	478
Perfil:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R32SA	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	ADMINISTRATIVA	$4056200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4056200**	**CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS 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	$ 4056200	1102
2	2024-05-01	2024-06-30	2	$ 4056200	1411
3	2024-06-01	2024-08-31	3	$ 8112400	1720

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 4056200
2	MARZO	$ 4056200
3	ABRIL	$ 4056200

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	MAYO	$ 4056200
5	JUNIO	$ 4056200
6	JULIO	$ 4056200
7	AGOSTO	$ 4056200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 12168600	**$ 28393400**	**$ 28393400**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Aplicar procedimiento institucional de seleccion para contratacion de persona natural que requiera LA SUBRED SUR - E.S.E.	-Se realizó proceso de selección con 258 hojas de vida de aspirantes, con el correspondiente proceso de selección, para etapa contractual.	-Base proceso de selección 2024
2	2). Revisar y validar documentacion precontractual presentada por aspirantes a contratar por LA SUBRED SUR - E.S.E., expediente fisico o magnetico.	- NO APLICA	-NO APLICA
3	3). Evaluar pruebas psicotecnicas de los aspirantes a contratar por LA SUBRED SUR - E.S.E.	-NO APLICA	-NO APLICA
4	4). Validar en Plataforma Transaccional Secop II documentacion de persona natural para suscribir contrato de prestacion de servicios.	-NO APLICA	-NO APLICA
5	5). Realizar seguimiento al aspirante a contratar y al estado de necesidad de persona natural.	-Se realizó seguimiento a los candidatos en proceso de selección OPS	-Base proceso de selección 2024
6	6). Retroalimentar respecto al proceso de seleccion de persona natural de LA SUBRED SUR - E.S.E.	- Se realizó retroalimentación de acuerdo con la necesidad del proceso de selección	- Base procesos de selección 2024
7	7). Apoyar a la Direccion de Contratacion de LA SUBRED SUR - E.S.E. en la implementacion de los Retos, planes y estrategias de Gestion Contractual.	-Se apoyó a la dirección de Contratación de acuerdo con lo requerido	-De acuerdo con lo solicitado
8	8) Administrar la base de respuesta de verificación de títulos.	- Se administra la base procesos de selección 2024 y base solicitud de requerimientos 2024	- Bases actualizadas proceso de selección y solicitud de requerimientos 2024
9	1). Aplicar procedimiento institucional de selección para contratación de persona natural que requiera LA SUBRED SUR - E.S.E.	-Se aplicó procedimiento de selección a 258 aspirantes	-Base procesos de selección 2024
10	2. realizar el proceso de reclutamiento de los candidatos por los medios establecidos en el procedimiento	- Se realizó proceso de selección con reclutamiento de 258 candidatos a proceso de selección según las necesidades de la entidad	-Base proceso de selección 2024
11	3. realizar el proceso de citación y realización de entrevistas.	-Se citaron 258 candidatos a entrevista para proceso de selección OPS	-Base proceso de selección 2024

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	4). Realizar la programación y evaluación de pruebas psicotécnicas de los aspirantes a contratar por LA SUBRED SUR - E.S.E.	Se agendaron 258 pruebas psicotécnicas y se revisaron 72 pruebas de los candidatos que completaron el proceso	-Plataforma psicoalianza y procesos de selección entregados a contratación.
13	5. Remitir la lista de chequeo y documentos de apoyo necesarios para la presentación de los requisitos exigidos en la lista de chequeo.	-Se envió la lista de requisitos a 258 candidatos vinculados a proceso	-Correo corportaivo
14	5). Realizar seguimiento al proceso de selección de los perfiles y el estado de necesidad de persona natural.	-Se realiza seguimiento a los requerimientos pendientes de acuerdo con los perfiles y candidatos en proceso de selección.	-Base procesos de selección 2024
15	6. Manejo de las bases de los procesos de Selección vigentes con su respectiva actualización.	-Manejo y actualización diaria de la base proceso de selección 2024	-Base procesos de selección 2024
16	7. Elaborar informes requeridos de los procesos de selección asignados.	- De acuerdo con lo solicitado	-De acuerdo con lo solicitado
17	8. Participar en las mesas de revisión de Talento Humano asignadas por el supervisor.	-Se realizan reuniones de seguimiento de los procesos de selección asistencial y administrativo	- Base procesos de slección
18	9) Apoyar a la Dirección de Contratación de LA SUBRED SUR - E.S.E. en la implementación de los Retos, planes, procesos, procedimientos y estrategias de Gestión Contractual	-Se brindó apoyo a la Dirección de contratación de acuerdo con lo requerido	-De acuerdo con lo requerido por la Dirección de Contratación.

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	$ 4056200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	79404534	-		
2024	JULIO	2024	08	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1622480	$ 259597	**$ 259600**
Salud		FAMISANAR		$ 202810	**$ 202900**
ARL	1	SURA		$ 8469	**$ 8500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 470876**	**$ 471000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	451870151458

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	RUBY MARCELA ALFONSO ZAMBRANO	2024-08-26 12:56:13
ACEPTADO SUPERVISIÓN	FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE	2024-09-02 11:51:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-09-12 12:26:03
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 08:23:26

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.



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
DIRECTOR DE CONTRATACION

© 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	52394861	RUBY MARCELA ALFONSO ZAMBRANO	CRA 103 B 154-61Apto 401	45669999	marcejg23@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79404534	$480.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	202.900	0		0		0	0	0	0	202.900	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	259.600	0	0	0	0	0	0		259.600	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	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.800	0	0	9.800	1

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	202.900	202.900
Pensión	1	259.600	259.600
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	1	9.800	9.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	480.800	480.800

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	52394861	RUBY MARCELA ALFONSO ZAMBRANO	CRA 103 B 154-61Apto 401	45669999	marcejg23@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79404534	$480.800	

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	Estornado	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	52394861	ALFONSO ZAMBRANO RUBY MARCELA	59	0			N																	230201	1.622.500	259.600	0	0	0	0	EPS017	1.622.500	202.900	14-11	1.622.500	1	8.500	CCF24	1.622.500	9.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

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		
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Mayo 3210-2024.pdf	Cuenta de Cobro Mayo 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

h00WLp3J8s

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

RUBY MARCELA ALFONSO ZAMBRANO

52394861

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

Con una intensidad horaria de : 02 horas

Para constancia se expide:
agosto 26, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ

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	52394861	RUBY MARCELA ALFONSO ZAMBRANO	CRA 103 B 154-61Apto 401	45669999	marcejg23@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	79404534	$480.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	202.900	0		0		0	0	0	0	202.900	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	259.600	0	0	0	0	0	0		259.600	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	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.800	0	0	9.800	1

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	202.900	202.900
Pensión	1	259.600	259.600
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	1	9.800	9.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	480.800	480.800

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	52394861	RUBY MARCELA ALFONSO ZAMBRANO	CRA 103 B 154-61Apto 401	45669999	marcejg23@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79404534	$480.800	

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	Estornado	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	52394861	ALFONSO ZAMBRANO RUBY MARCELA	59	0			N																	230201	1.622.500	259.600	0	0	0	0	EPS017	1.622.500	202.900	14-11	1.622.500	1	8.500	CCF24	1.622.500	9.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

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		
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Mayo 3210-2024.pdf	Cuenta de Cobro Mayo 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 3210-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 3210-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

h00WLp3J8s

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

RUBY MARCELA ALFONSO ZAMBRANO

52394861

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

Con una intensidad horaria de : 02 horas

Para constancia se expide:

agosto 26, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ