

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES		Número de Documento:	1033794661	
Correo Electrónico:	emca0312@gmail.com		Número Telefónico:	3217532634	
Nombre del Supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	Cargo:	DIRECTOR FINANCIERO	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6583-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2288
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS NUEVO MUZU				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	186	0	10465	\$1946490	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1946490	UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-09-03			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-11-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-11-01	2025-01-15	1	\$ 2731365	2829
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	SEPTIEMBRE			\$ 1758120	
2	OCTUBRE			\$ 1946490	
3	NOVIEMBRE			\$ 1946490	

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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](#)

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	ARL SURA 1033794661 CTO 6583-2024.pdf	ARL SURA 1033794661 CTO 6583-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	SEPTIEMBRE 6583-2024.pdf	SEPTIEMBRE 6583-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTO 6583-2024.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTO 6583-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO 6583-2024.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO 6583-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033794661	ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES	CARRERA 19 N 61 61 SUR	3217532834	emca0312@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLGADOS
					1
					TOTAL A PAGAR
					\$402.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Licencia Maternidad
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	162.500	0	Valor
					No. Autorización
					0

TOTALES PENSIÓN					
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Licencia Maternidad
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	Valor
					No. Autorización
					0

TOTALES RIESGOS LABORALES					
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	8900903790-5	31.700	No. Autorización	1
				Valor	
				0	

TOTALES CAJAS					
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

