

		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:		CARLOS ALBERTO SANCHEZ MELO				Número de Documento:		80845392			
Correo Electrónico:		carlos_8514@hotmail.com				Número Telefónico:		3124119046			
Nombre del Supervisor:		CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ		Cargo:		DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		Código Grado: -			
DATOS DEL CONTRATO											
No. Contrato:		3099-2024		Año Contrato:		2024		CDP Contrato Inicial:		482	
Perfil:		APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (MENSAJERO CON MOTO)									
Dirección a la que Pertenecer:		DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS									
Unidad de Servicios:		USS TUNAL									
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS											
Centro de Costos		Dirección				Unidad		Total		Procetaje(%) Centro de Costos	
M05TN		DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				USS TUNAL		\$2208000		100%	
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:		\$ 2208000				DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHO MIL 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	2024-04-01	2024-06-30		1	\$ 4416000			1017			
2	2024-06-01	2024-08-31		2	\$ 4416000			1555			
3	2024-08-01	2024-10-31		3	\$ 4416000			2138			
4	2024-10-01	2024-11-30		4	\$ 2208000			2619			
5	2024-11-01	2024-12-31		5	\$ 2208000			2771			
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro				Valor a Pagar					
1		FEBRERO				\$ 2208000					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	MARZO	\$ 2208000	
3	ABRIL	\$ 2208000	
4	MAYO	\$ 2208000	
5	JUNIO	\$ 2208000	
6	JULIO	\$ 2208000	
7	AGOSTO	\$ 2208000	
8	SEPTIEMBRE	\$ 2208000	
9	OCTUBRE	\$ 2208000	
10	NOVIEMBRE	\$ 2208000	
11	DICIEMBRE	\$ 2208000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6624000		\$ 24288000	\$ 0
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Recoger formulas y medicamentos en farmacia	-Se recogen medicamentos y formulas que en la farmacia indiquen para llevar a domicilio a los usuarios.	-Planilla de entrega de medicamentos.
2	2. Entregar medicamentos en domicilio de pendientes.	-Se recogen los medicamentos pendientes en la farmacia para llevar a domicilio de los usuarios.	-Planilla de entrega de medicamentos.
3	3. Realizar entregas de medicamentos entre Farmacias, en caso de ser requeridos.	-Se recogen medicamentos en la farmacia que presta y se lleva a la farmacia solicitante.	-Planilla de entrega de medicamentos.
4	4. Entregar mensualmente los soportes de registros de traslado de los medicamentos en domicilio firmados por el usuario.	-Entregar las planillas de registro de entrega de medicamentos en domicilio.	-Planilla de entrega de medicamentos en domicilio firmada por los usuarios.
5	5. Garantizar la adherencia y cumplimiento de los procedimientos establecidos en cada uno de los Procesos de la institucion.	-Realizar cada proceso de entrega de medicamentos o traslado de acuerdo a los lineamientos establecidos.	-Manejo de planillas establecidas.
6	6) Y otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realizar cualquier actividad adicional que sea solicitada dentro del marco del contrato.	-Manejo de planillas establecidas.

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		\$ 2208000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1068009691	-			
2025	NOVIEMBRE	2024	12	09					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHO MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 208000	
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 162500	
ARL				4	SURA		\$ 0	\$ 0	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 370500	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	468270001380	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CARLOS ALBERTO SANCHEZ MELO		2024-12-13 07:44:37		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ		2024-12-14 20:30:11		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-12-15 13:43:22		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-01-17 15:40:30		

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.



CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ
DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Simple

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 11:09:25 A. M.

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: noviembre de 2024

Periodo Servicio: noviembre de 2024

Número Planilla: 1068009691

Referencia pago 8844556400

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

PAGOSIMPLE |

PAGADA 09/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS ALBERTO SANCHEZ MELO			Dirección	CL 84 #14 C - 51 SUR
Documento	CC80845392			Teléfono	3124119046
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal				Identificación	
Total Afiliados	1			ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado		Novedades										Pensiones		Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total	
		Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Salario Cotizante	ON	RETE	TA	TE	TA	TE	TA	TE	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80845392	CARLOS ALBERTO SANCHEZ MELO		3	0										\$1.300.000	\$208.000	(EPS017) FAMIAMAR EPS	\$1.300.000	\$162.500	0.000	\$0	\$0	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$1.300.000	\$26.000	\$0	\$0	\$0	\$396.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades licen- cias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.300.000	\$1.300.000	\$0	\$1.300.000	\$208.000	\$162.500	\$0	\$26.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$396.500	\$0	\$396.500

Líneas de Servicio FonosIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

Datos guardados

Cancelar

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
☐ CUENTA FEBRERO - CARLOS ALBERTO SANCHEZ CTO 3099-2024.pdf	CUENTA FEBRERO - CARLOS ALBERTO SA
☐ CUENTA MARZO - CARLOS ALBERTO SANCHEZ CTO 3099-2024.pdf	CUENTA MARZO - CARLOS ALBERTO SANC
☐ Sistema_de_Administracin_del_Riesgo_de_Lavado_de_Activos_y_de_la_Financiacin_del_Terrorismo-SARLAFT.pdf	Sistema_de_Administracin_del_Riesgo_de_Le SARLAFT.pdf
☐ CUENTA ABRIL - CTO 3099-2024 CARLOS ALBERTO SANCHEZ.pdf	CUENTA ABRIL - CTO 3099-2024 CARLOS AI
☐ Planilla Abril Carlos Sanchez.pdf	Planilla Abril Carlos Sanchez.pdf
☐ CUENTA MAYO - CTO 3099-2024 CARLOS ALBERTO SANCHEZ.pdf	CUENTA MAYO - CTO 3099-2024 CARLOS A
☐ Planilla Mayo Carlos Sanchez.pdf	Planilla Mayo Carlos Sanchez.pdf
☐ CUENTA JUNIO - CTO 3099-2024 CARLOS ALBERTO SANCHEZ.pdf	CUENTA JUNIO - CTO 3099-2024 CARLOS A
☐ Planilla Junio Carlos Sanchez.pdf	Planilla Junio Carlos Sanchez.pdf
☐ Declaraciones Sideap.pdf	Declaraciones Sideap.pdf
☐ CUENTA JULIO - CTO 3099-2024 CARLOS ALBERTO SANCHEZ.pdf	CUENTA JULIO - CTO 3099-2024 CARLOS A
☐ Planilla Julio Carlos Sanchez.pdf	Planilla Julio Carlos Sanchez.pdf
☐ Curso De Administración Del Riesgo Institucional y Programa De Transparencia y Ética Publica.pdf	Curso De Administración Del Riesgo Instituci
☐ CUENTA AGOSTO - CTO 3099-2024 CARLOS ALBERTO SANCHEZ.pdf	CUENTA AGOSTO - CTO 3099-2024 CARLOS
☐ Planilla Agosto - Carlos Sanchez.pdf	Planilla Agosto - Carlos Sanchez.pdf
☐ CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONOCIMIENTO_	CERTIFICADO CURSO PARTICIPACIÓN CIU
☐ CUENTA SEPTIEMBRE - CTO 3099-2024 CARLOS ALBERTO SANCHEZ.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE - CTO 3099-2024 CA
☐ Planilla Septiembre - Carlos Sanchez.pdf	Planilla Septiembre - Carlos Sanchez.pdf
☐ CUENTA OCTUBRE - CTO 3099-2024 CARLOS ALBERTO SANCHEZ.pdf	CUENTA OCTUBRE - CTO 3099-2024 CARL
☐ Planilla Octubre - Carlos Sanchez.pdf	Planilla Octubre - Carlos Sanchez.pdf
☐ CUENTA NOVIEMBRE - CTO 3099-2024 CARLOS ALBERTO SANCHEZ.pdf	CUENTA NOVIEMBRE - CTO 3099-2024 CAR
☐ Planilla Noviembre - Carlos Sanchez.pdf	Planilla Noviembre - Carlos Sanchez.pdf

Cancelar

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

ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN - 2024

Te identificas como:

ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN - 2024

Se registró la información con éxito

Aceptar

3. Grupo étnico

Pregunta requerida

4. Tiene alguna discapacidad

☐ Si

☐ No

Pregunta requerida

Siguiente

