| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-10-01 | **Hasta:** | 2025-10-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | DAYANNA MICHELL CUBILLOS GARCIA | | **Número de Documento:** | 1000792838 | |
| **Correo Electrónico:** | dayannavioleta-91@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3023667946 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3019-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | ENFERMERO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B02TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS TUNAL | 186 | 48 | 21230 | $4967820 | 125.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4967820** | **CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-01-21 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-09-20 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 1 | $ 7260660 | 1314 |
| 2 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 2 | $ 6814830 | 1767 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 2038080 |
| 2 | FEBRERO | $ 4203540 |
| 3 | MARZO | $ 3948780 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 4 | ABRIL | $ 4458300 |
| 5 | MAYO | $ 4203540 |
| 6 | JUNIO | $ 3821400 |
| 7 | JULIO | $ 3948780 |
| 8 | AGOSTO | $ 3948780 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 4904130 |
| 10 | OCTUBRE | $ 4967820 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 31590240** | **$ 45665730** | **$ 40443150** | **$ 5222580** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1). Prestar servicios de perfil Enfermero(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | - BRINDAR ATENCIÓN HUMANA EFICAZ , Y DE CALIDAD TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO QUE REQUIERA EL SERVICIO | - DURANTE LOS PROCESOS DE ATENCION REALICE PREVIA PRESENTACION A CADA PACIENTE Y REALICE LA EXPLICACION A LA REALIZACION DE TODOS LOSP ROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL MEDICO TRATANTE , GARANTIZANDO , UNA ATENCION HUMANIZADA Y OPORTUNA , EVIDENCIANDO EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA REALIZADAS EN DINAMICA GENERENCIAL , LA VERBALIZACION DE LOS PACIENTES Y EN EL GIRO CAMA DE ÁREA DE EXTENSIÓN –PASILLO |
| 2 | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | - ADHERENCIA EN LA REALIZACION DE LOS PLANES DE ENFERMERIA PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON PARA CADA PACIENTE INGRESADO AL ÁREA DE EXTENSIÓN -PASILLO ESTABLECIDO POR LA SUB RED | - PLANES DE ENFERMERÍA REALIZADOS EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS AL ÁREA DE EXTENSIÓN - PASILLO DURANTE EL MES |
| 3 | 3). Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermeria, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya). | - REALIZAR LA ADHERENCIA EN EL REGISTRO Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS ESCALAS DE RIESGO DE CAÍDAS ,VALORACIÓN DE PIEL Y PATRONES FUNCIONALES A TODOS LO INGRESOS DE PACIENTES AL ÁREA DE EXTENSIÓN - PASILLO , DE IGUAL MANERA , EL REGISTRO DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS (TOMA DE UROCULTIVOS Y PASO DE SONDA VESICALES ) EN HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE | - ESCALAS DE REGISTRO DE CAÍDA , VALORACIÓN INICIAL DE PIEL , Y PATRONES FUNCIONALES REALIZADOS A TODOS LOS INGRESOS AL ÁREA DE EXTENSIÓN - PASILLO DURANTE EL MES EVIDENCIAS EN EL SISTEMA DE DINÁMICA GERENCIAL. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | - CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL , PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS INCLUIDAS DENTRO LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ( sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS), ASI COMO LOS PLANES QUE SE FORMULEN EN PLAN OBLIGATORIO ANUAL Y EL PLAN DE GESTIÓN , GUÍAS , PROTOCOLOS , PROCEDIMIENTOS Y MIPG, CÓDIGO DE INTEGRIDAD DE LA SUBRED SUR-ESE | - LISTA DE ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES Y SOCIALIZACION REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2022 - TITULACIÓN DE MEDICAMENTOS - SALA ERA - EVALUACIÓN REVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CARRO DE PARO USO SOBRE EL APLICATIVO SIASUR - CADENA DE CUSTODIA - CÓDIGO BLANCO Y PACIENTE CON HERIDA POR ARMA DE FUEGO |
| 5 | 5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución. | - ADMINISTRAR MEDICAMENTOS UTILIZANDO LOS 12 CORRECTOS Y LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN | - REALIZACIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA ,DOSIFICACIÓN Y DESCARGUE DE MEDICAMENTOS EN APLICATIVO DE DINÁMICA GERENCIAL |
| 6 | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud. | - CTIVACIÓN DE LA LINEA ROSA EN LOS CASOS DE CÓDIGO BLANCO MAYOR Y MENOR A 72 HORAS SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL | -REGISTRO TELEFÓNICO A LA LINEA ROSA 3219006442 DE LA SUB RED SUR Y LA REALIZACIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS A ESTOS CASOS EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL |
| 7 | 7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya. | - RADICACION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EXTENSIÓN - PASILLO DE OTRAS EPS Y RADICACIÓN DE REQUERIMIENTOS NO OFERTADOS POR LA SUB RED | -SE EVIDENCIA RESPECTIVA RADICACIÓN EN EL LIBRO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA UBICANDO EN EL ÁREA DE RADIO DE LA USS TUNAL |
| 8 | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales | -RELACIONAR DIARIAMENTE LOS FORMATOS DE CARRO DE PARO. - ARQUEO MENSUAL DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN DEL SERVICIO | -FORMATOS DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE CARRO DE PARO |
| 9 | 9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya. | - SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA A SU CARGO CON EL FIN DE BRINDAR UNA ATENCION OPORTUNA Y HUMANIZADA A TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL ÁREA DE EXTENSIÓN – PASILLO | - SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA A SU CARGO CON EL FIN DE BRINDAR UNA ATENCION OPORTUNA Y HUMANIZADA A TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL ÁREA DE EXTENSIÓN – PASILLO |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | - DILIGENCIAR EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL CARRO DE MEDICAMENTOS. - DILIGENCIAR FORMARTO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA SUBRED SUR | - DILIGENCIAR EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL CARRO DE MEDICAMENTOS. - DILIGENCIAR FORMARTO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA SUBRED SUR |

## 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 | 90711126 | - | | $ 4904130 |
| 2025 | SEPTIEMBRE | 2025 | 10 | 20 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL CIENTOTREINTAPESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1961652 | $ 313864 | **$ 313900** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 245207 | **$ 245300** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 47786 | **$ 48200** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 569311** | **$ 607400** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24110281353 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | DAYANNA MICHELL CUBILLOS GARCIA | 2025-10-29 14:51:33 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-10-29 15:37:11 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | 2025-10-31 06:28:15 |
| 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 | 2025-11-18 12:41:56 |

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.



**NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA**
**DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS**

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 | 1000792838 | DAYANNA MICHELL CUBILLOS GARCIA | CRA 75 62F-53 SUR | 4627447 | dayannavioleta-91@hotmail.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 | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 20/10/2025 | 90711126 | $650.900 | |

## 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 | 245.300 | 0 | | 0 | | 0 | 11 | 1.700 | 0 | 247.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 313.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 2.200 | 0 | 316.100 | 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 | 47.800 | | | | 47.800 | 11 | 400 | 48.200 | | | 478 | 48.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 39.300 | 11 | 300 | 39.600 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 11 | 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 | 245.300 | 247.000 |
| Pensión | 1 | 313.900 | 316.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 47.800 | 48.200 |
| CCF | 1 | 39.300 | 39.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 646.300 | 650.900 |

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 |
| CC | 1000792838 | DAYANNA MICHELL CUBILLOS GARCIA | | CRA 75 62F-53 SUR | 4627447 | dayannavioleta-91@hotmail.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. | 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 | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 20/10/2025 | 90711126 | $650.900 | |

## 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 | 1000792838 | CUBILLOS GARCIA DAYANNA MICHELL | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.961.652 | 313.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.961.652 | 245.300 | 14-11 | 1.961.652 | 3 | 47.800 | CCF24 | 1.961.652 | 39.300 | 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.

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

## DAYANNA MICHELL CUBILLOS GARCIA

**1000792838**

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

**POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN**

con una intensidad de **2** horas

Para constancia se expide:

**29 de octubre de 2025**

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
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

○ 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 DE COBRO 3019- 2025 ENERO - DAYANA CUBILLOS.pdf | CUENTA DE COBRO 3019- 2025 ENERO - DAYANA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO 3019 - 2025 FEBRERO - DAYANA CUBILLOS.pdf | CUENTA COBRO 3019 - 2025 FEBRERO - DAYANA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CURSO TOMA DE MUESTRAS ACTUALIZADO.pdf | CURSO TOMA DE MUESTRAS ACTUALIZADO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO 3019 -2025 MARZO - DAYANA CUBILLOS.pdf | CUENTA COBRO 3019 -2025 MARZO - DAYANA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO 3019 - 2025 ABRIL - DAYANA CUBILLOS.pdf | CUENTA COBRO 3019 - 2025 ABRIL - DAYANA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO 3019 - 2025 MAYO DAYANA CUBILLOS (2).pdf | CUENTA COBRO 3019 - 2025 MAYO DAYANA CUBILLOS (2).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO 3019 - 2025 JUNIO DAYANA CUBILLOS.pdf | CUENTA COBRO 3019 - 2025 JUNIO DAYANA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO 3019-2025 JULIO - DAYANA CUBILLOS.pdf | CUENTA COBRO 3019-2025 JULIO - DAYANA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO 3019-2025 AGOSTO- DAYANA CUBILLOS.pdf | CUENTA COBRO 3019-2025 AGOSTO- DAYANA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO 3019-2025 - SEPTIEMBRE - DAYANA CUBILLOS.pdf | CUENTA COBRO 3019-2025 - SEPTIEMBRE - DAYANA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >