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:**	2022-07-01	**Hasta:**	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	ERIC FABIAN MARTINEZ VELANDIA		**Número de Documento:**	1015439718	
Correo Electrónico:	efmartinezv@unal.edu.co		**Número Telefónico:**	3204278285	
Nombre del Supervisor:	ADRIANA MARCELA CASTR BOTELLO	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1060-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	158
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$3736514	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3736514**	**TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCEPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-01-14		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-06-20	1	$ 6046140	1291
2	2022-06-21	2022-08-15	2	$ 1245505	1738
3	2022-07-01	2022-07-31	3	$ 3736514	1823
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 2176610	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 3627684
3	MARZO	$ 3627684
4	ABRIL	$ 3627684
5	MAYO	$ 3627684
6	JUNIO	$ 3663961

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13059662	$ 24087821	$ 20351307	$ 3736514

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar Investigion epidemiologica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública.	Realizar procesos de depuracion, codificacion, produccion cartografica y analisis geografico de las bases de datos que contienen informacion referente a los casos de COVID-19. 170 bases geocodificadas	Medio magnetico, almacenamiento en drive y correo electronico
2	2. Realizar Investigación socio epidemiologica de campo.	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
3	3. Realizar asistencia tecnica y mantenimiento a Unidades comunitarias.	Realizar talleres y brindar insumos con informacion geografica para los diferentes subsistemas y espacios de socializacion de informacion de interes	Medio magnetico y actas
4	4. Registrar la informacion de la Intervención Epidemiologica de Campo (IEC) en el formulario y/ o sistema establecido.	Cruce de informacion con casos COVID 19, entre la informacion entregada por Secretaria y las IEC realizadas a cada caso	Envio por correo electronico
5	5. Identificacar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes compententes.	Elaboracion de cartografia con casos Activos que permitan identificar las zonas con mayor afectacion para realizar intervenciones de manera oportuna. 12 mapas de caso activos.	Medio magnetico, almacenamiento en drive y correo electronico
6	6.Programar, convocar, desarrollar, levantar las actas, informes y demas actividades que garanticen las cesiones del Comite de Vgilancia Epidemiologica Comunitaria (COVECOM).	Aporte insumos cartograficos para los diferentes subsistemas según los eventos de interes de cada espacio	de cada espacio Medio magnetico, correo electronico y actas de articulacion
7	7. Realizar la activacion de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente).	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
8	8. Participar en acciones de socializacion, sensibilizacion y capacitacion tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notitifcacion.	Realizacion de talleres de georreferenciacion según la solictud y demanada de los subsistemas de Vigilacncia	Actas y listados de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Realizar asesoria y asistencia tecnica a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que generan hechos vitales.	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
10	10. Registrar llamadas, asesoria virtual o correos de seguimiento a la Gestión de las Estadisticas Vitales.	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
11	11. Validadas y ajusta las bases de Datos según requerimiento.	Envios a secretaria con la informacion que requiera ajustes dentro de las bases de datos COVID 19	Medio magneticos y evios por correo electronico
12	12. Realizar semaforización en los diferentes tableros de control de las UPGDS que generan hechos vitales de calidad, cobertura y oportunidad de los certificados de defuncion y certificados de nacidos vivos.	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
13	13. Apoyar en el diligenciamiento de autopsias verbales Estadisticas Vitales (EEVV).	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
14	14. Realizar cruces de información con prestadoras y aseguradoras, como fuente de identificación de casos.	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
15	15. Realizar recolección de la información en el instrumento para visita de IEC con criterios de calidad e integralidad.	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
16	16. Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo en brotes de eventos de interés en salud pública.	Realizar el proceso de Georreferenciacion de las bases de datos de Brotes, y la elaboracion de cartografia según solicitud	Almacenamiento en drive
17	17. Coordinar las acciones para la atención integral de urgencias y emergencias complejas definidas por Instituto Distritral de Gestión de Riesgo y Cambio Climático -IDIGER.	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
18	18. Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Apoyar en los procesos de georeferenciacion, elabroacion cartografica y talleres geograficos a los subsitemas	Envios por correo electronico y actas de articulacion
19	19. Asistir a los diferentes espacios Distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados en desarrollo de las Urgencias y Emergencias en salud pública y representar a la Secretaria Distrital de Salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E en los Puestos de Mando Unificado convocados por el Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - SDGR - CC cuando se requiera.	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
20	20.Cumplir con la disponibilidad para la atención de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento.	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
21	21. Toma r muestras biológicas para los diferentes eventos de Salud Publica que establezcan de acuerdo a los lineamientos de Secretaria Distrital de Salud o Instituto Nacional de Salud.	Proponer puntos para las muestras de COVID-19 semanalmente según las zonas a priorizar, y apoyar con cartografia para los monitores de vacunacion	Medio magnetico y almacenamiento en el drive
22	22. Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio.	Participacion en 1 ULC mensual de VSP	Formato acta listado de asistencia
23	23. Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamiento establecidos por el proceso de gestión documental de la Subred (foliados, rotulados, en carpeta y Formato Unico de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.	Actas de actividades mensuales, e informacion sobre las bases geocodificadas y la cartografia realizada	segun requerimientos

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 3663961
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	60310239		
2022	JUNIO	2022	07	13			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UNPESOS					

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1465584	$ 234493	$ 234500
Salud		FAMISANAR		$ 183198	$ 183200
ARL	3	SURA		$ 35702	$ 35800
Caja de Compensación	NO		Total	$ 425341	$ 453500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	63122083626

Eric Martinez

ERIC FABIAN MARTINEZ VELANDIA
1015439718

ADRIANA MARCELA CASTR BOTELLO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO

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	1015439718	ERIC FABIAN MARTINEZ VELANDIA		Calle 63d sur #18z-11	7312808	efmartinezv@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA 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	
2022-06	2022-06	I	13/07/2022	60310239	$453.500	

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	183.200	0		0		0	0	0	0	183.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	234.500	0	0	0	0	0	0		234.500	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	35.800				35.800	0	0	35.800			358	35.800	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	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	183.200	183.200
Pensión	1	234.500	234.500
Riesgos Laborales	1	35.800	35.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	453.500	453.500

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015439718	ERIC FABIAN MARTINEZ VELANDIA	Calle 63d sur #18z-11	7312608	efmartinezv@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACION	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
UNICA	I – Independiente			BOGOTA D.C	BOGOTA 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**	
2022-06	2022-06	I	13/07/2022	60310239	$453.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE							INFORMACION NOVEDADES															PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Sueldo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	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	1015439718	MARTINEZ VELANDIA ERIC FABIAN	59	0			N																	25-14	1.485.584	234.500	0	0	0	0	EPS017	1.485.584	163.200	14-11	1.485.584	3	35.800		0	0	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

< Evalua

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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

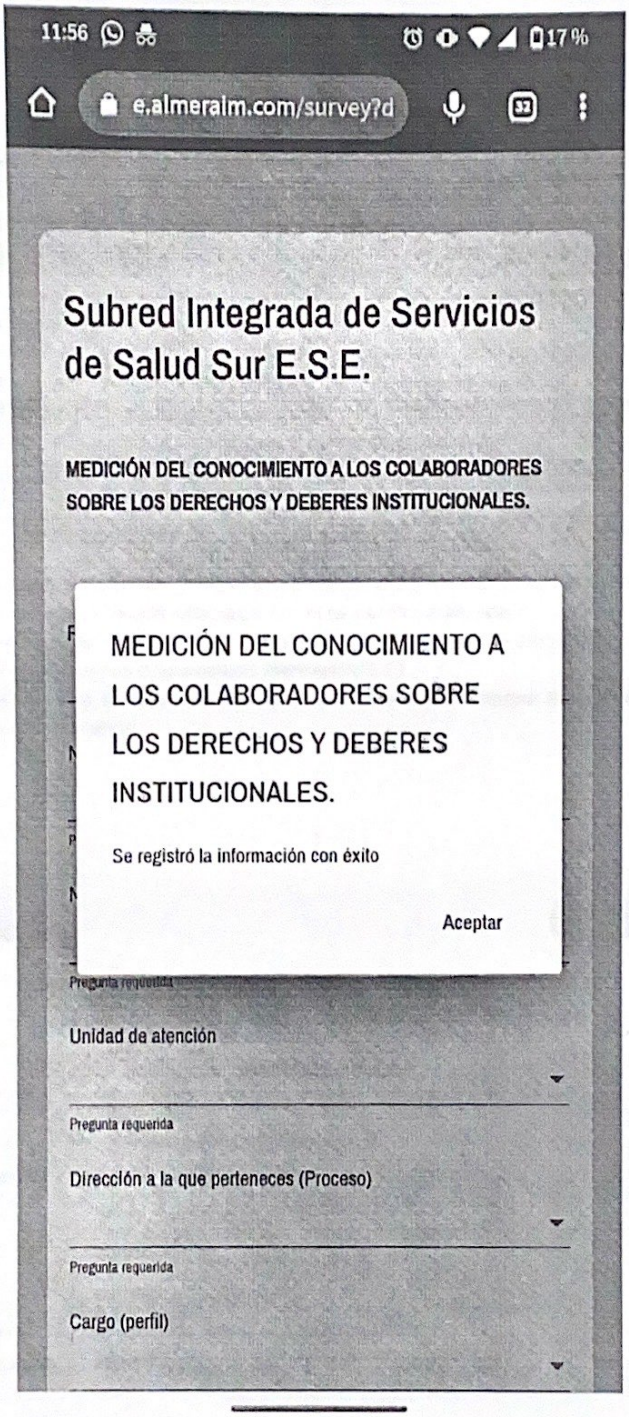
Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-1060-2022.pdf	NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-1060-2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO No 1060-2021.pdf	CUENTA ENERO CTO No 1060-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICADO ARL CTO-1060-2022.pdf	CERTIFICADO ARL CTO-1060-2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO No 1060-2022.pdf	CUENTA FEBRERO CTO No 1060-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO No 1060-2022.pdf	CUENTA MARZO CTO No 1060-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO No 1060-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO No 1060-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO No 1060-2022.pdf	CUENTA MAYO CTO No 1060-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO No 1060-2022.pdf	CUENTA JUNIO CTO No 1060-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


11:56
17 %
e.almeralm.com/survey?d
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.
MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.
Se registró la información con éxito
Aceptar
Pregunta requerida
Unidad de atención
Pregunta requerida
Dirección a la que perteneces (Proceso)
Pregunta requerida
Cargo (perfil)

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ERIC FABIAN MARTINEZ VELANDIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1015439718 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Calle 63D sur #18z - 11 **Teléfonos** 3204278285 3204278285

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luz Marina Velandia Gonzalez	51737203	Madre
Henry Alberto Martinez Triviño	19381402	Padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ERIC FABIAN MARTINEZ VELANDIA
Identificación:	1015439718
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	efmartinezv@unal.edu.co
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	13/07/22 0:00