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:	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA		**Número de Documento:**	1015405918	
Correo Electrónico:	karvar26@yahoo.es		**Número Telefónico:**	3123710359	
Nombre del Supervisor:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	**Cargo:**	COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6471-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1291
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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
K27PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$6035787	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6035787**	**SEIS MILLONES TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETEPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-07-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-08-15
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-07-01	2022-07-31	1	$ 2011929	1823

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9254873	$ 11266802	$ 0	$ 11266802

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Ejecutar y controlar el Plan Programático y Presupuestal del Entorno, con indicadores de seguimiento programático y financiero por Subred.	-Se proyecta, ejecuta y controla el plan programático presupuestal correspondiente al mes, realizando se respectivo seguimiento del entorno hogar y proyectando los respectivos indicadores	-Correos envió plan programático presupuestal, facturas del periodo correspondiente, y diligenciamiento de indicadores en aplicativo dispuesto por SDS
2	Reportar información en el instrumento establecido por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), las actividades realizadas durante el mes en el aplicativo y en el tablero de control	-Se reporta las actividades realizadas durante el mes, en el tablero de control dispuesto por SDS	-Tablero de control
3	Asistir a reuniones y capacitaciones, según programación definida desde SDS	-Durante el periodo no se convoco al referente a reuniones y capacitaciones programadas por SDS	-No aplica
4	Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS.	- Se realizan planes de mejora frente a los hallazgos identificados por el equipo de seguimiento de SDS, en los meses anteriores, con el fin de generar acciones preventivas y correctivas frente a los hallazgos identificados	- Actas acciones de mejora
5	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	De acuerdo al portafolio de servicios de salud de la subred, se generan acciones desde cada producto para dar cumplimiento con la disponibilidad asignada	-base asignación de citas
6	Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se verifica proceso de gestión documental asociado a la organización y custodia de la información del entorno hogar	- Actas gestión documental
7	Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC.	- Se participan en acciones de acuerdo a las necesidades de la institución y del PIC., materializadas en comité PIC y comité de gestión del riesgo	- Actas comité
8	Apoyar y/o supervisar los contratos que le sean asignados. * Realizar seguimiento a la ejecución de las obligaciones contractuales de los contratos que le sean asignados por el supervisor. * Presentar al supervisor informe del seguimiento a la ejecución de los contratos asignados. * Verificar que los informes de actividades - cuenta de cobro, modificaciones contractuales, documentos del contrato, se encuentren cargados en la plataforma SECOP II.	- Durante el periodo se realiza supervisión de los contratos asignados a la referente, así mismo con su respectivo seguimiento a las metas establecidas para verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales de los contratos asignados	- Actas Reunión de asignación de metas, actas verificación del cumplimiento de meta asignada, e informes

© Siasur - 2022

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	$ 3534631
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	60365483		
2022	JUNIO	2022	07	18			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UNPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1413852	$ 226216	$ 226300
Salud		COMPENSAR		$ 176732	$ 176800
ARL	3	SURA		$ 34441	$ 34500
Caja de Compensación	NO		Total	$ 410328	$ 437600

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	570456370011052

ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
1015405918

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

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	1015405918	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA	CARRERA 101 150 A 60	6850616	karvar26@yahoo.es	
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	
2022-06	2022-06	I	18/07/2022	60365483	$437.600	

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	176.800	0		0		0	0	0	0	176.800	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	226.300	0	0	0	0	0	0		226.300	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	34.500				34.500	0	0	34.500			345	34.500	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	176.800	176.800
Pensión	1	226.300	226.300
Riesgos Laborales	1	34.500	34.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	437.600	437.600

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	1015405918	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA	CARRERA 101 150 A 60	6850616	karvar26@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

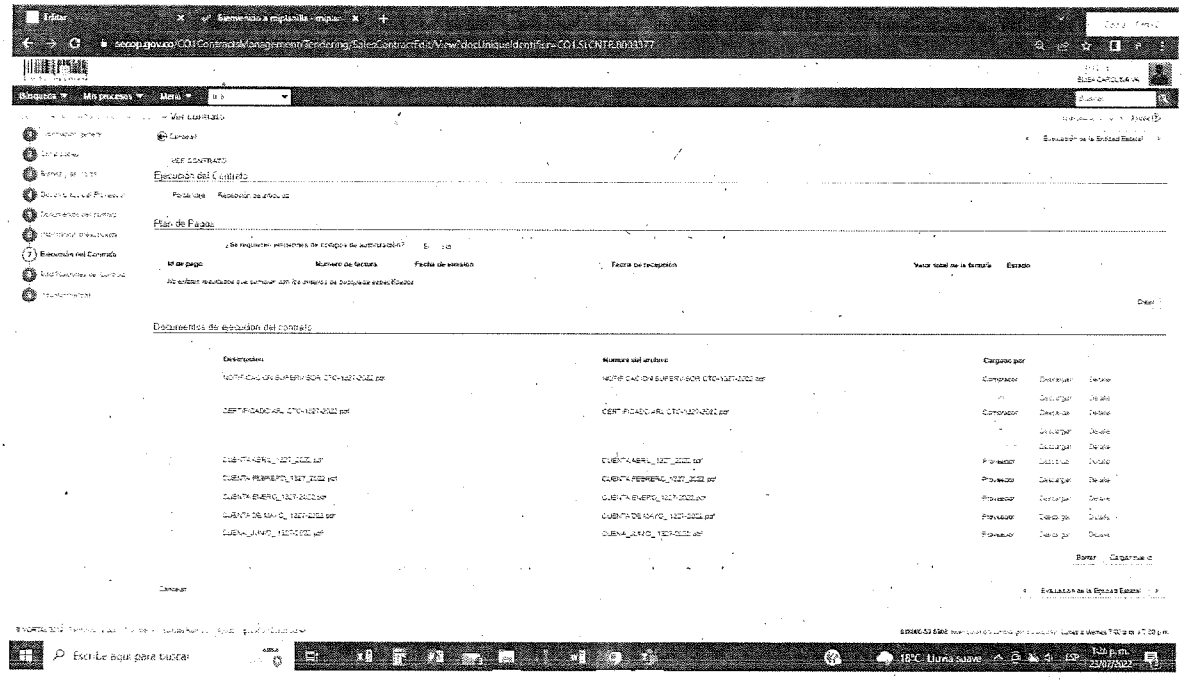
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	I	18/07/2022	60365483	$437.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	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
CC	1015405918	VARGAS FONTECHA ELISA CAROLINA	59	0			N																	230301	1.413.852	226.300	0	0	0	0	EPS008	1.413.852	176.800	14-11	1.413.852	3	34.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



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

Ultima Actualizacion 14-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 1015405918 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KR 101 150 A 60 **Teléfonos** 3123710359 3123710359

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GRACIELINA FONTECHA FONTECHA	35337140	Madre
LUIS FRANCISCO VARGAS RINCON	3182340	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:

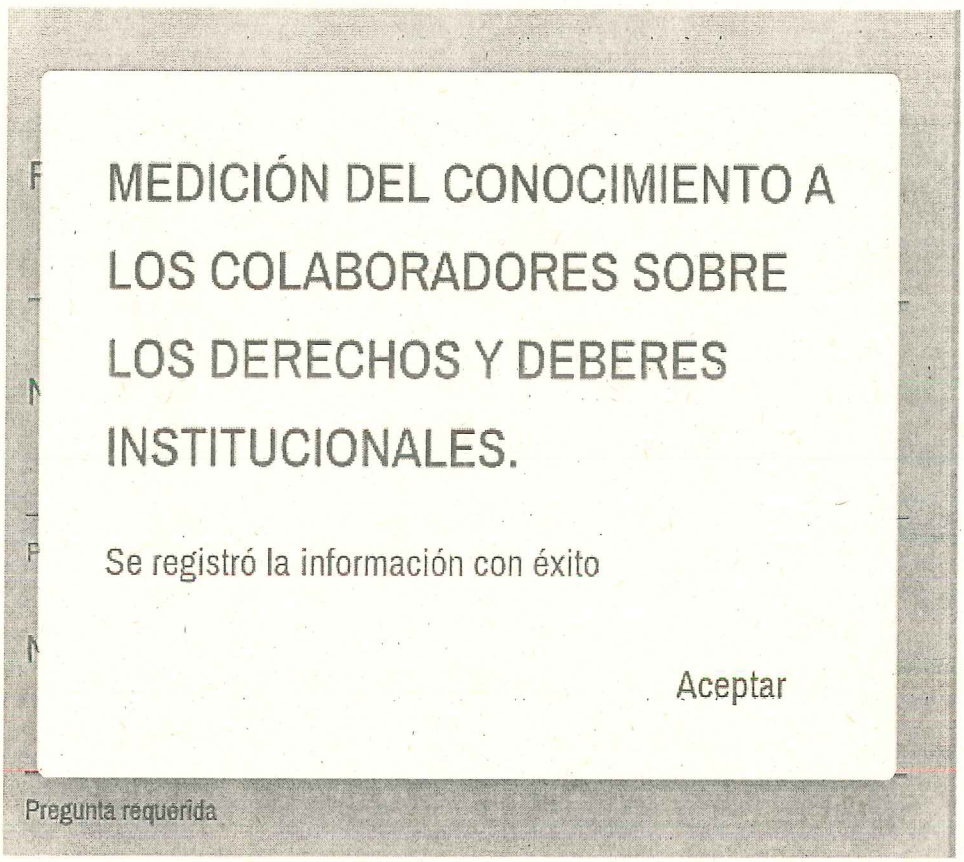
BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:*	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
Identificación:	1015405918
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	karvar26@yahoo.es
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	14/07/22 0:00


MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.
Se registró la información con éxito
Aceptar
Pregunta requerida