| 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:** | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ | | **Número de Documento:** | 1024539837 | |
| **Correo Electrónico:** | cdamadom@unal.edu.co | | **Número Telefónico:** | 3159271388 | |
| **Nombre del Supervisor:** | EDUARDO CASTILLO CASTILLO | **Cargo:** | PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (INGENIERO QUIMICO CON ESPECIALIZACION) | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1055-2022 | **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 |
|---|---|---|---|---|
| K31PI | 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 | $ 397731 | 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 | $ 2779910 |
| 5 | MAYO | $ 3627684 |
| 6 | JUNIO | $ 3663961 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 13059662 | $ 23240047 | $ 19503533 | $ 3736514 |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar y/o acompañar visitas de inspección, vigilancia y control sanitario, toma y envió de muestras (si fuera necesario), operativos, en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada que le sean designadas, apoyar las jornadas de vacunación canina y felina a las que sea requerido, y afines al perfil profesional Ingeniero Quimico, conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaria Distrital de Salud (SDS), brindando asesoría técnica a la comunidad en normatividad sanitaria vigente, garantizando el cumplimiento de las metas asignadas por la Institución. | Se realizan 74 visitas en la localidad de Tunjuelito, las cuales corresponden a: 9 depósitos de material de construcción, 12 establecimientos de mantenimiento automotriz, 7 curtiembres, 5 microempresas, 1 empresa mediana a grande, 14 establecimientos que utilizan el metal como materia prima, 10 establecimientos de industria de la madera, 5 de la industria del plástico, 1 de la industria de plástico de más de 20 trabajadores, 2 de la industria textil, 1 establecimiento que utiliza el cuero de más de 20 trabajadores, 5 lavanderías, 1 estación de servicio y 1 fábrica de autopartes | Se entregan 74 actas de IVC y formatos de terminados correspondientes a las visitas realizadas |
| 2 | 2. Presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. | Se realiza informe semanal de visitas realizadas y al final de mes se envía formato de asignación de metas, con sus observaciones respectivas | Se entregan las actas correspondientes a las visitas realizadas |
| 3 | 3. Cumplir con los respectivos cronogramas de las visitas y acciones de los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y ambiental y otros. | Se realiza retroalimentación diaria del cronograma, informando el cumplimiento o no de la actividad programada, y se realiza la proyección del mes siguiente | Cronograma del mes de Julio con la relación de las actividades realizadas y las observaciones correspondientes, junto con la programación del mes de agosto |
| 4 | 4. Dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas y recepcionadas al componente de vigilancia en salud ambiental entregándolas al líder operativo de las líneas de intervención donde sea asignado(a). | Se realiza seguimiento y visita de IVC de ser necesario, relacionando los radicados y fechas de la solicitud correspondiente | Se entrega acta de IVC acorde y con énfasis en el motivo de la queja o petición, junto a su respectivo radicado. Se respondió una solicitud de visita a una microempresa con número de radicado 44264. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 5. 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, recomendaciones del coordinador de vigilancia en Salud Ambiental. y por el líder operativo. | Se realiza preauditoria correspondiente al mes y entrega de soportes | Revision y entrega con calidad de los soportes |
| 6 | 6. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E. | Prestar servicios de acuerdo a la necesidad de la Sub Red como apoyo en unidades PAI o disponibilidad para reuniones y capacitaciones dadas por la Sub Red | Formatos de asistencia y actas de reunión |
| 7 | 7. Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | Organizar y documentar los productos entregados en el mes para permitir un correcto almacenamiento | Carpeta correspondiente al mes de Julio con las actas de IVC realizadas en la localidad de Tunjuelito organizadas por punto crítico y concepto sanitario emitido |
| 8 | 8 Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC. | Estar disponible a cualquier acción u evento dado acorde a la PIC | Formatos de asistencia y evidencias fotográficas de los eventos realizados |

| 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 | 60259008 | | | |
| 2022 | JUNIO | 2022 | 07 | 12 | | | | |
| 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 | | PORVENIR | $ 1465584 | $ 234493 | $ 234500 |
| Salud | | | | | COMPENSAR | | $ 183198 | $ 183200 |
| ARL | | | 3 | | SURA | | $ 35702 | $ 35800 |
| Caja de Compensación | | | NO | | | Total | $ 425341 | $ 453500 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 570007770329519 |

CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ
1024539837

EDUARDO CASTILLO CASTILLO
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (INGENIERO QUIMICO CON ESPECIALIZACION)


*© Siasur - 2022*

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 | 1024539837 | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ | CR 1 32A-59 | 9047347 | cdamadom@unal.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | 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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | I | 0 |
| 2022-06 | 2022-06 | I | 12/07/2022 | 60259008 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 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 | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1024539837 | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ | | CR 1 32A-59 | 9047347 | cdamadom@unal.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | 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 | 12/07/2022 | 60259008 | $453.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Extranjero | Extranjero en Colombia | Colom. exterior | Estudiante | IGE | 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 | 1024539837 | AMADO MARTINEZ CRISTIAN DAVID | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 1.465.584 | 234.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.465.584 | 183.200 | 14-11 | 1.465.584 | 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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

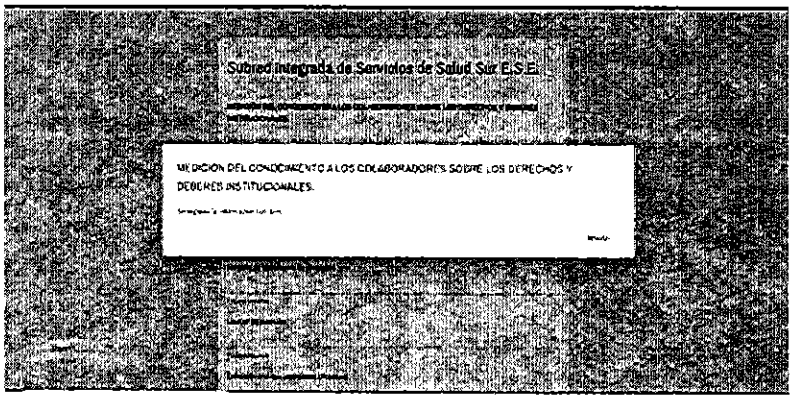
## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-1055-2022.pdf | NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-1055-2022.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ENERO CTO 1055 2022.pdf | CUENTA ENERO CTO 1055 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CERTIFICADO ARL CTO-1055-2022.pdf | CERTIFICADO ARL CTO-1055-2022.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA FEBRERO CTO 1055 2022.pdf | CUENTA FEBRERO CTO 1055 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO CTO 1055 2022.pdf | CUENTA MARZO CTO 1055 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL CTO 1055 2022.pdf | CUENTA ABRIL CTO 1055 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 1055 2022.pdf | CUENTA MAYO CTO 1055 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 1055 2022.pdf | CUENTA JUNIO CTO 1055 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >




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: 21-JUL-2022

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO. CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I ○ No. 1024539837 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Soacha
Dirección KR 1 32 A 59 Teléfonos3159271388 9047347

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Maria Lucia Martinez Monhila | 51923216 | Madre |
| Marco Leoncio Amado Camacho | 5659916 | 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 ⊗

BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ |
| Identificación: | 1024539837 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | cdamadom@unal.edu.co |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 21/07/22 0:00 |