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:**	2022-09-01	**Hasta:**	2022-09-30	
Nombre del Contratista:	YULIETH CAMILA ACOSTA CRUZ		**Número de Documento:**	1013640471	
Correo Electrónico:	camila_ac09@outlook.com		**Número Telefónico:**	3202580401	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1224-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	275
Perfil:	TECNICO 1 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
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$1960382	85.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1960382**	**UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y DOSPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-01-19		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-04-30	1	$ 1679184	1014
2	2022-05-01	2022-06-20	2	$ 3720737	1291
3	2022-06-21	2022-08-15	3	$ 38502	1738
4	2022-07-01	2022-07-31	4	$ 2299415	1823
5	2022-08-16	2022-09-08	5	$ 2912591	2215

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2022-09-08	2022-09-30	6	$ 1347206	2481

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	$ 1116221
2	FEBRERO	$ 2232442
3	MARZO	$ 2960412
4	ABRIL	$ 2232442
5	MAYO	$ 2232442
6	JUNIO	$ 2254767
7	JULIO	$ 2299415
8	AGOSTO	$ 2299415

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7590303	$ 19587938	$ 17627556	$ 1960382

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Diligenciar formatos de recolección de información a partir de la observación socio-ambiental del entorno.	-Se realizaron: 1 actividad de "Hola Vecino", 1 actividad de "Feria de Cuidado, Mi Barrio Imaginado", 2 recorridos por barrio priorizado . 8 entrevistas con comunidad, 1 documento linea base, 1 cartografía social, 3 reuniones con lideres sociales, 2 procesos de convocatoria.	-ACTAS, LISTADO DE ASISTENCIA, FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA, MATRICES
2	2. Sistematizar información recolectada en las herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Diligenciamiento de actas listados, formatos y matrices SDS de reporte de zonas de trabajo, digitación de formatos en matriz resumen drive	-ACTAS,LISTADO DE ASISTENCIA, FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA, MATRICES
3	3. Diseñar piezas comunicativas de acuerdo a las necesidades identificadas.	-Uso de piezas comunicativas para el desarrollo de las acciones	-PIEZAS COMUNICATIVAS, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.
4	4. Implementar puestas en escenas artísticas, según necesidad de la población.	-Realización de acciones-unidades demostrativas en barrios priorizados	-ACTAS, LISTADO DE ASISTENCIA, FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA, MATRICES
5	5. Realizar recorridos en espacio público a fin de logar sensibilización y adopción de prácticas de cuidado y autocuidado.	-Se realizaron: 1 actividad de "Hola Vecino", 1 actividad de "Feria de Cuidado, Mi Barrio Imaginado", 2 recorridos por barrio priorizado . 8 entrevistas con comunidad, 1 documento linea base, 1 cartografía social, 3 reuniones con lideres sociales, 2 procesos de convocatoria.	-ACTAS, LISTADO DE ASISTENCIA, FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA, MATRICES
6	6. Implementar estrategias de recuperación de puntos críticos en salud socio ambiental.	-Participación en reuniones de asistencias técnicas con los líderes de Procesos	-ACTAS, LISTADO DE ASISTENCIA, FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA, MATRICES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Diligenciamiento de formatos del proceso de entorno comunitario	-ACTAS, LISTADO DE ASISTENCIA, FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA, MATRICES
8	8. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Realización de acciones de en barrios priorizados en el entorno comunitario.	-ACTAS, LISTADO DE ASISTENCIA, FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA, MATRICES.
9	9. Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC.	-Las demás acciones que se requierean de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC.	-ACTAS, LISTADO DE ASISTENCIA, FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA, MATRICES

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	$ 2299415
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	61352392		
2022	AGOSTO	2022	09	14			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		FAMISANAR		$ 125000	$ 125000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 290220**	$ 309400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24113406663

Camila Acosta Cruz

YULIETH CAMILA ACOSTA CRUZ
1013640471

JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

© 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	1013640471	YULIETH CAMILA ACOSTA CRUZ	Transversal 26 A #17B 13 SUR	2395256	camila_ac09@outlook.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-08	2022-08	I	14/09/2022	61352392	TOTAL A PAGAR	
					$309.400	

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	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013640471	YULIETH CAMILA ACOSTA CRUZ		Transversal 26 A #17B 13 SUR	2395256	camila_ac09@outlook.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	
2022-08	2022-08	I	14/09/2022	61352392	$309.400	

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	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
CC	1013640471	ACOSTA CRUZ YULIETH CAMILA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS017	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

mación general
liciones
s y servicios
mentos del Proveedor
mentos del contrato
mación presupuestal
ución del Contrato
ficaciones del Contrato
nplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Est

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
	CERTIFICADO ARL CTO-1224-2022.pdf	CERTIFICADO ARL CTO-1224-2022.pdf	Comprador	Descargar
	NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-1224-2022.pdf	NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-1224-2022.pdf	Comprador	Descargar
☐	CUENTA ENERO-CTO No. 1224-2022.pdf	CUENTA ENERO-CTO No. 1224-2022.pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA FEBRERO-CTO- No. 1224-2022.pdf	CUENTA FEBRERO-CTO- No. 1224-2022.pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA MARZO-CTO-No 1224-2022.pdf	CUENTA MARZO-CTO-No 1224-2022.pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA ABRIL-CTO-No.1224-2022.pdf	CUENTA ABRIL-CTO-No.1224-2022.pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA MAYO- CTO No.1224-2022.pdf	CUENTA MAYO- CTO No.1224-2022.pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA JUNIO-CTO No. 1224-2022.pdf	CUENTA JUNIO-CTO No. 1224-2022.pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA JULIO-CTO No. 1224-2022.pdf	CUENTA JULIO-CTO No. 1224-2022.pdf	Proveedor	Descargar
☐	CUENTA AGOSTO 2022 CTO 1224-2022.pdf	CUENTA AGOSTO 2022 CTO 1224-2022.pdf	Proveedor	Descargar

Borrar Carga