SECOP

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:	MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ		**Número de Documento:**	1033742180	
Correo Electrónico:	PSICOLOGAXIMENA@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3023599461	
Nombre del Supervisor:	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6229-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1291
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
K27PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$3735196	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3735196**	**TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTONOVENTA Y SEISPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-05-24		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-06-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-06-21	2022-08-15	1	$ 882737	1738
2	2022-07-01	2022-07-31	2	$ 3736514	1823
3	2022-08-16	2022-09-08	3	$ 4732914	2215
4	2022-09-08	2022-09-30	4	$ 2740110	2481
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	MAYO	$ 847774
2	JUNIO	$ 3663961
3	JULIO	$ 3736514
4	AGOSTO	$ 3736514

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3627684	$ 15719959	$ 11984763	$ 3735196

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar Investigion epidemiologica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
2	Realizar Investigación socio epidemiologica de campo	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
3	Realizar asistencia tecnica y mantenimiento a Unidades comunitaria	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
4	Registrar la informacion de la Intervención Epidemiologica de Campo (IEC) en el formulario y/ o sistema establecido	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
5	Identificacar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes compententes	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
6	Programar, convocar, desarrollar, levantar las actas, informes y demas actividades que garanticen las cesiones del Comite de Vgilancia Epidemiologica Comunitaria (COVECOM)	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
7	Realizar la activacion de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente)	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO 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
8	Participar en acciones de socializacion, sensibilizacion y capacitacion tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notitifcacion	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
9	Realizar asesoria y asistencia tecnica a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que generan hechos vitales.	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
10	Registrar llamadas, asesoría virtual o correos de seguimiento a la Gestión de las Estadisticas Vitales	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
11	Validadas y ajusta las bases de Datos según requerimiento	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
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 DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
13	Apoyar en el diligenciamiento de autopsias verbales Estadisticas Vitales (EEVV).	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
14	Realizar cruces de información con prestadoras y aseguradoras, como fuente de identificación de casos	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
15	Realizar recolección de la información en el instrumento para visita de IEC con criterios de calidad e integralidad	SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
16	Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo en brotes de eventos de interés en salud pública	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
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	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
18	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
20	Cumplir con la disponibilidad para la atencion de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento.	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
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	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
22	Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
23	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamiento establecidos por el proceso de gestion documental de la Subred (foliados, rotualdos, en carpeta y Formato Unico de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO

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	$ 3736514
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	61614696		
2022	AGOSTO	2022	09	23			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1494606	$ 239137	$ 239900
Salud		FAMISANAR		$ 186826	$ 187500
ARL	3	SURA		$ 36409	$ 36600
Caja de Compensación	NO		Total	$ 433765	$ 464000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488403768846

MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ
1033742180

ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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	1033742180	MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ		Cra 18#67-30	7777777	mquirogajerez@gmail.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	23/09/2022	61614696	$464.000	

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	186.900	0		0		0	3	600	0	187.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	239.200	0	0	0	0	3	700	0	239.900	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	830603790-5	36.500				36.500	3	100	36.600			365	36.600	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	186.900	187.500
Pensión	1	239.200	239.900
Riesgos Laborales	1	36.500	36.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	462.600	464.000

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	1033742180	MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ	Cra 18#87-30	7777777	mxquirogajerez@gmail.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	23/09/2022	61614696	$464.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Estudiante	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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	1033742180	QUIROGA JEREZ MARIA XIMENA	59	0			N									230231	1.484.606	239.200	0	0	0	0	EPS017	1.484.606	185.900	14-11	1.484.606	3	38.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ <mquirogajerez@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 1668303525

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 22 de septiembre de 2022, 23:08
Para: mquirogajerez@gmail.com



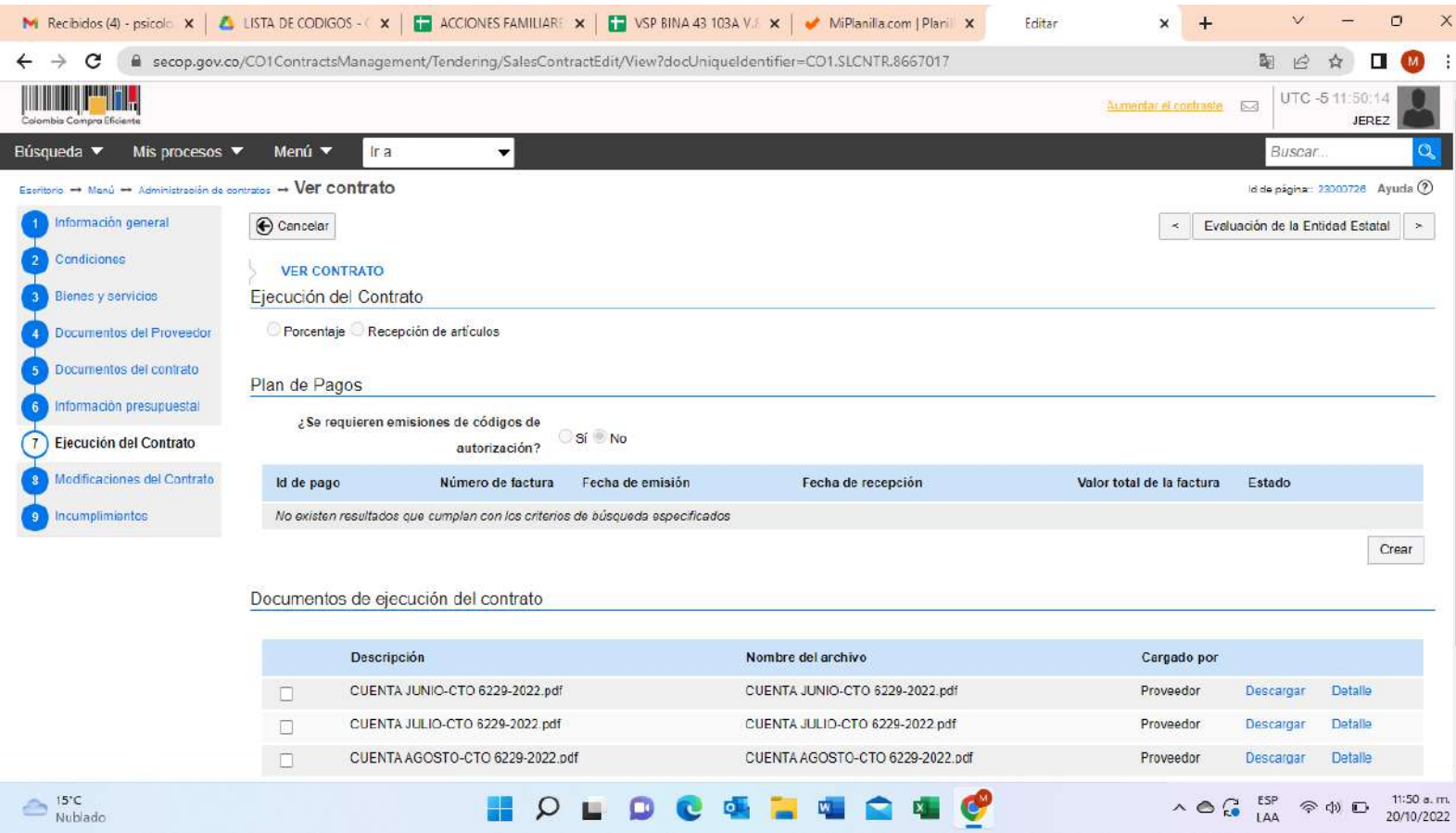
¡Hola, Ximena Quiroga

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1668303525
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 464.000
Fecha de Transacción: 22/09/2022

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.


Recibidos (4) - psicolo
LISTA DE CODIGOS -
ACCIONES FAMILIARE
VSP BINA 43 103A V.
MiPlanilla.com | Planil
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.8667017
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 11:50:14
JEREZ
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página: 23000726
Ayuda
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?
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 JUNIO-CTO 6229-2022.pdf
CUENTA JUNIO-CTO 6229-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA JULIO-CTO 6229-2022.pdf
CUENTA JULIO-CTO 6229-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA AGOSTO-CTO 6229-2022.pdf
CUENTA AGOSTO-CTO 6229-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
15°C
Nublado
ESP
LAA
11:50 a. m.
20/10/2022