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:	YUCELY ANDREA MONTOYA ARIAS		**Número de Documento:**	53004650	
Correo Electrónico:	lule.andrea01montoya@gmail.com		**Número Telefónico:**	3002900127	
Nombre del Supervisor:	ERICA LICET OSPINA ORTIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1231-2022	**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
K28PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$2299410	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2299410**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIEZPESOS**		

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	$ 223244	1014
2	2022-05-01	2022-06-20	2	$ 3720737	1291
3	2022-06-21	2022-08-15	3	$ 766472	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	$ 3161618	2481

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	$ 1116221
2	FEBRERO	$ 2232442
3	MARZO	$ 2232442
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	$ 20674380	$ 16899586	$ 3774794

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar acciones de información, educación y comunicación en salud para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de las personas que realizan actividades sexuales pagadas.	- Búsquedas activas	- Formato 1ª
2	Realizar seguimiento en la efectividad de las canalizaciones y activaciones de ruta generadas a los riesgos identificados en las actividades ejecutadas.	- Seguimiento a casos positivos y reactivos para VIH, sífilis y hepatitis B.	- Acta.
3	Desarrollar actividades colectivas para fomentar los derechos en salud de las personas que realizan actividades sexuales pagadas.	- Acciones al cuidado de la salud 10	-Formato 1 A - ficha técnica
4	Aplicar pruebas rápidas de VIH y Sífilis a población que realiza actividades sexuales pagadas.	-Realización de 130 pruebas duales para VIH sífilis y 100 para hepatitis B .	- Formato 2 de pruebas rápida.
5	Diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento y/o instrumentos.	- Elaboración de informes,	- Envió de informes SDS-SSR.
6	Desarrollar las demás actividades asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio.	- Para este periodo a certificar no se realizo otras actividades.	- Para este periodo a certificar no se realizo otras actividades.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	- Organización de archivo.	- Carpetas organizadas para el archivo.
8	Las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad del PIC.	- Asistencia a reuniones de entorno y Secretaria Distrital de Salud.	- Actas y listados de asistencia

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9439279257	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 2299415
2022	AGOSTO	2022	09	13			

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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		SÁNITAS		$ 125000	$ 125000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 309400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	462870018019

Yucely A. Montoya A.

YUCELY ANDREA MONTOYA ARIAS
53004650

Erika Ospina Ortiz
Enfermera Especialista SST.

ERICA LICET OSPINA ORTIZ
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53004650		MONTOYA ARIAS YUCELY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 3A #91B-16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4638110	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	22439288	9439279257	I	2022/09/13	2022/09/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$329,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$0	$0	$24,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,000	$0	$0	$20,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$20,000	$0	$0	$20,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$329,400	$0	$0	$329,400

2022/09/13 09:37 AM

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 1231-2022_200305020602.pdf	NOTIFICACION SUPERVISOR CTO 1231-2022_200305020602.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	(CUENTA ENERO 12362022pdf	andrea montoya (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICADO ARL CTO-1231-2022.pdf	CERTIFICADO ARL CTO-1231-2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO FEBRERO2022	andrea montoya informe.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO MARZO CTO1231-2022	andrea montoya.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 1231 2022 ANDREA MONTOYA.pdf	CUENTA ABRIL 1231 2022 ANDREA MONTOYA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO MAYO. 1231-2022	CUENTA COBRO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO JUNIO CTO 1231-2022.pdf	CUENTA COBRO JUNIO CTO 1231-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO JULIO CTO 1231-2022.pdf	CUENTA COBRO JULIO CTO 1231-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO AGOSTO CTO 1231 2022.pdf	CUENTA COBRO AGOSTO CTO 1231 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53004650		MONTOYA ARIAS YUCELY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 3A #918-16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4638110	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	22439288	9439279257	I	2022/09/13	2022/09/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$329,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC 53004650	MONTOYA YUCELY	25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$125,000	CCF22	30	$1,000,000	$20,000	14-11	30	$1,000,000	$24,400	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$24,400		$0	$0