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:	VANESSA ANGELICA PUENTES VALENCIA		**Número de Documento:**	1032379500	
Correo Electrónico:	vapuentesv@unal.edu.co		**Número Telefónico:**	3042578706	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4750-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	821
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
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$3736510	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3736510**	**TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS DIEZPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-03-16			**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	$ 6556118	1291
2	2022-06-21	2022-08-15	2	$ 1245505	1738
3	2022-07-01	2022-07-31	3	$ 3736514	1823
4	2022-08-16	2022-09-08	4	$ 4732914	2215
5	2022-09-08	2022-09-30	5	$ 2740110	2481

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MARZO	$ 2444743
2	ABRIL	$ 3117706
3	MAYO	$ 3627684
4	JUNIO	$ 4173939
5	JULIO	$ 3736514
6	AGOSTO	$ 3736514

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5562449	$ 24573610	$ 20837100	$ 3736510

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar consejería en Salud Sexual y Reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH y Realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH --- reactive y sifilis con resultado positive	- Realizar actividades en los barrios priorizados, realizar lectura y apropiación de los lineamientos de la estrategia de gestión del cuidado comunitario, asistir a reuniones del entorno comunitario PIC y SDS. Asimismo, jornadas o actividades que puedan presentarse.	- ACTAS,FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRAFICA, MATRICES
2	2. Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación Identificar el riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salad oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.	-Intervención en tiendas escolares de los colegios distritales en las localidades de Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolivar.	-ACTAS,FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRAFICA, MATRICES
3	3. Identificar usuarios sintornaticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios	-Participación en la mesa SAN de la subred sur	- ACTAS,FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRAFICA, MATRICES
4	4. Realizar asesorías pretest, post-test y tamizaje VIH, y Test Sífilis	- Reunión de equipo	- ACTAS,FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRAFICA, MATRICES
5	5. Orientar con charlas educativas para el cuidado, mitigación y prevención del contagio de COVID- 19 en población general y diferencial	- Reunión entorno comunitario	- ACTAS,FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRAFICA, MATRICES
6	6. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo at portafolio de servicios de la E.S.E.	- Participación TIBS	- ACTAS,FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRAFICA, MATRICES
7	7. Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados	- Reporte a precios	- ACTAS,FORMATOS, INFORMES, EVIDENCIA FOTOGRAFICA, MATRICES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. Las demos acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC	- Realización de la gestión documental de la estrategia	- ACTAS, LISTADOS, DOCUMENTACION ORGANIZADA.

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**	61832517		
2022	**AGOSTO**	**2022**	**09**	**14**			
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1494606	$ 239137	$ 241900
Salud		COMPENSAR		$ 186826	$ 189000
ARL	3	POSITIVA		$ 36409	$ 36900
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 433765**	**$ 467800**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	74070848

Vanessa Angelica Puentes V.

VANESSA ANGELICA PUENTES VALENCIA
1032379500

Jeisson Rodrigo Parra Triana
Cc. 80724765
Referente Publico

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	1032379500	VANESSA ANGELICA PUENTES VALENCIA	cll 5c 78 31	4940619	vanesangelpuentes@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	14/09/2022	61832517	$467.800	

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	186.900	0		0		0	12	2.100	0	189.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	239.200	0	0	0	0	12	2.700	0	241.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	36.500				36.500	12	400	36.900			365	36.900	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	189.000
Pensión	1	239.200	241.900
Riesgos Laborales	1	36.500	36.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	462.600	467.800

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	1032379500	VANESSA ANGELICA PUENTES VALENCIA	cll 5c 78 31	4940619	vanesangelpuentes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

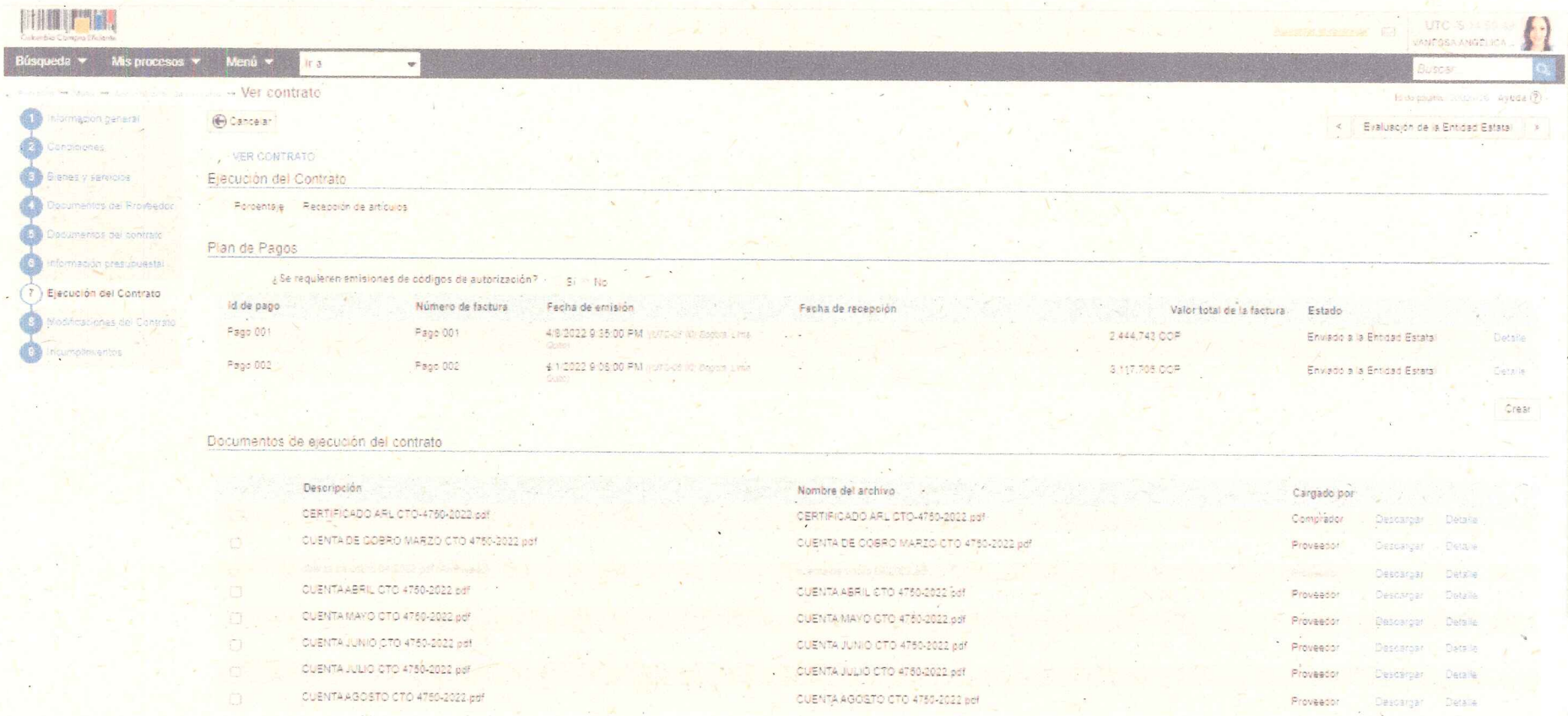
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-08	2022-08	I	14/09/2022	61832517	$467,800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	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	1032379500	PUENTES VALENCIA VANESSA ANGELICA	59	0			N																	28-14	1.496.000	238.200	0	0	0	0	EPS008	1.496.000	186.900	14-23	1.496.000	3	36.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Ver contrato
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 codigos de autorización? SI NO
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Pago 001
Pago 001
4/8/2022 9:35:00 PM
2.444.743 COP
Enviado a la Entidad Estatal
Detalle
Pago 002
Pago 002
4/1/2022 9:06:00 PM
3.117.705 COP
Enviado a la Entidad Estatal
Detalle
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CERTIFICADO ARL CTO-4760-2022.pdf
CERTIFICADO ARL CTO-4760-2022.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO MARZO CTO 4760-2022.pdf
CUENTA DE COBRO MARZO CTO 4760-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA ABRIL CTO 4760-2022.pdf
CUENTA ABRIL CTO 4760-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA MAYO CTO 4760-2022.pdf
CUENTA MAYO CTO 4760-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA JUNIO CTO 4760-2022.pdf
CUENTA JUNIO CTO 4760-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA JULIO CTO 4760-2022.pdf
CUENTA JULIO CTO 4760-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA AGOSTO CTO 4760-2022.pdf
CUENTA AGOSTO CTO 4760-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle