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:**	2022-10-01	**Hasta:**	2022-10-31	
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	$3735200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3735200**	**TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS**		

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
5	2022-10-01	2022-11-30	5	$ 3735200	2928

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 847774
2	JUNIO	$ 3663961
3	JULIO	$ 3736514
4	AGOSTO	$ 3736514
5	SEPTIEMBRE	$ 3735196

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3627684	$ 19455159	$ 15719959	$ 3735200

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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
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 asesoría 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 Estadísticas Vitales	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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
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	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
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**		$ 3735196
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	62378621			
2022	**SEPTIEMBRE**	**2022**	**10**	**20**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTONOVENTA Y SEISPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	$ 1494078	$ 239052	$ 239200
Salud					FAMISANAR		$ 186760	$ 186900
ARL				3	SURA		$ 36396	$ 36500
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 433611**	$ 462600

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

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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	1	20/10/2022	62378621	$462.600	

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	0	0	0	186.900	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 + Protección)	800229739-0	239.200	0	0	0	0	0	0		239.200	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	36.500				36.500	0	0	36.500			365	36.500	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	186.900
Pensión	1	239.200	239.200
Riesgos Laborales	1	36.500	36.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	462.600	462.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-09	2022-09	1	20/10/2022	62378621	$462.600

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	Pensionado	IGE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL		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																		230201	1.484.606	239.200	0	0	0	0	EPS017	1.484.606	166.900	14-11	1.484.606	3	36.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

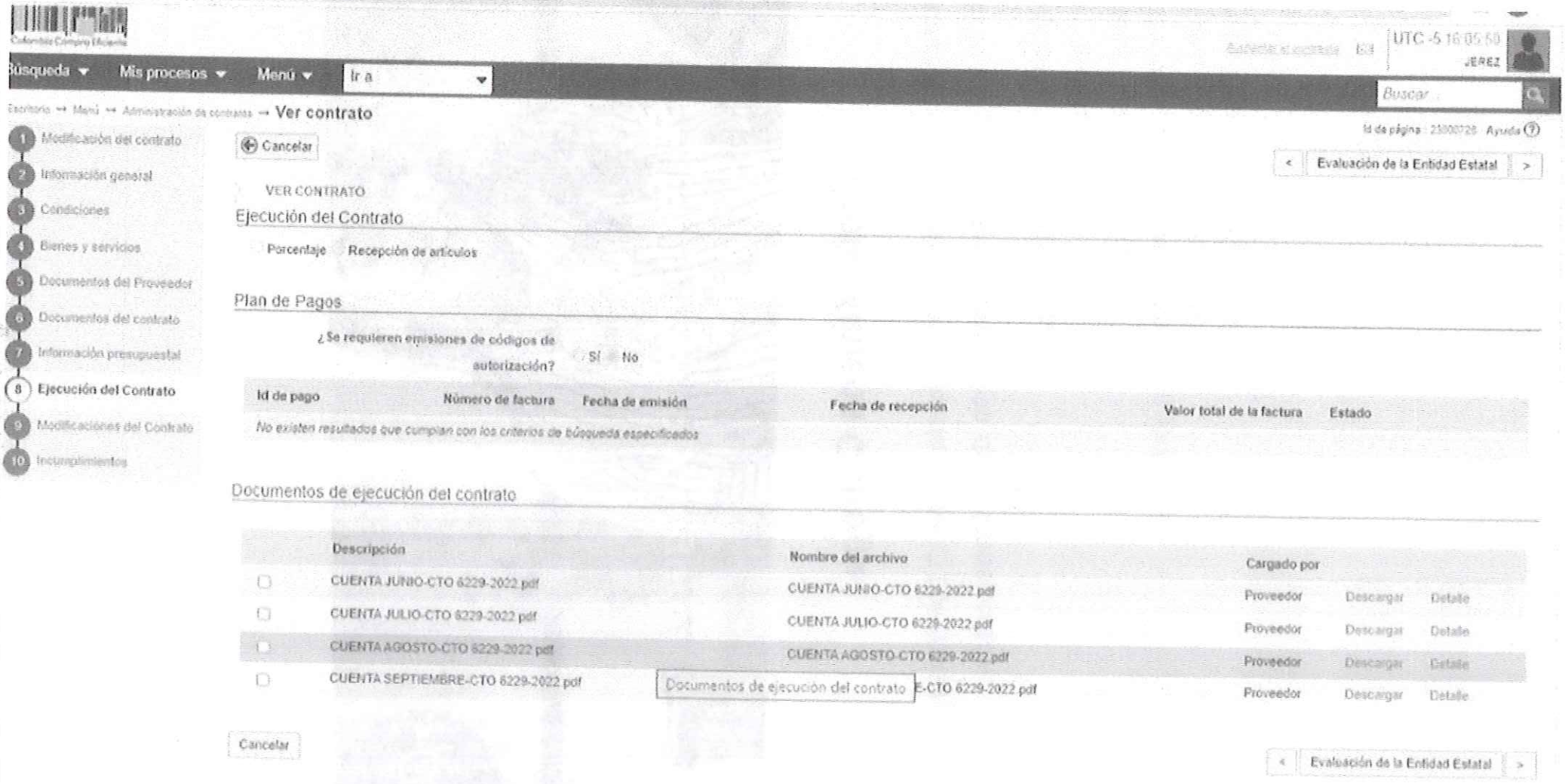
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



¡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: 1714694600
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 462.600
Fecha de Transacción: 20/10/2022


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
UTC -5 16:05:50
JEREZ
Buscar
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página : 23000728 Ayuda
1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 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
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
CUENTA SEPTIEMBRE-CTO 6229-2022.pdf
Documentos de ejecución del contrato
E-CTO 6229-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal