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:**	2022-11-01	**Hasta:**	2022-11-30	
Nombre del Contratista:	DIEGO HARVEY LOZANO ALBERTO		**Número de Documento:**	1000047582	
Correo Electrónico:	lozano.alverto@gmail.com		**Número Telefónico:**	3017637412	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5367-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1291
Perfil:	GESTOR COMUNITARIO PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	PIC				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$1437099	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1437099**	**UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVENTA Y NUEVEPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-05-01		**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	$ 432525	1738
2	2022-07-01	2022-07-31	2	$ 1437099	1823
3	2022-08-16	2022-09-08	3	$ 1820323	2215
4	2022-09-08	2022-09-30	4	$ 1053873	2481
5	2022-10-01	2022-11-30	5	$ 85853	2928

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2022-11-01	2022-12-31	6	$ 1437099	3332

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 1395242
2	JUNIO	$ 1409194
3	JULIO	$ 1437099
4	AGOSTO	$ 476410
5	SEPTIEMBRE	$ 1046540
6	OCTUBRE	$ 1437099

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2371911	$ 8638683	$ 7201584	$ 1437099

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1 Realizar planeación, implementación, monitoreo y evaluación correspondiente a los procesos asignados de acuerdo al Plan de Intervenciones Colectivas y conforme a las cualidades de los lineamientos definidos para las actividades a desarrollar en el producto Red de cuidado colectivo de RBC para cuidadores institucionales y cumplimiento al objeto contractual. Presentar informes y reportes en la periodicidad definida, con calidad, veracidad y cumplimiento, de acuerdo a la meta acordada, productividad y actividades ejecutadas.	-- REALIZAR ACCIONES DE LA RED DE CUIDADO COLECTIVO DE LA RBC PARA CUIDADORES INSTITUCIONALES; SE REALIZAN ACCIONES SOPORTE SOCIAL A CUIDADORAS/ES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL MODERADA Y SEVERA A 40 INSTITUCIONES; SE REALIZAN ACCIONES DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CUIDADORAS/ES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL MODERADA Y SEVERA EN ENTORNO INSTITUCIONAL A 20 INSTITUCIONES. -	-ACTA; MAPEO Y CARACTERIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES; FORMATO GRUPOS DE LA RED DE CUIDADO COLECTIVO DE LA RBC PARA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y AFECTACIONES PSICOSOCIALES; FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS; TABLERO DE CONTROL MENSUAL REPORTE MENSUAL SEGPLAN FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS CRONOGRAMA DE TRABAJO MENSUAL . INFORME MENSUAL DE VIGENCIA CON DATOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS "
2	2. Planear, verificar y presentar los procesos de pre auditorías y auditorías internas y externas, según requerimiento, cumpliendo con características de calidad, oportunidad y veracidad. Formular las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente y apoyos del entorno Institucional.	-- SE REALIZAN ACCIONES DE SOPORTE SOCIAL A CUIDADORAS/ES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL MODERADA Y SEVERA A 40 INSTITUCIONES; SE REALIZAN ACCIONES DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CUIDADORAS/ES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL MODERADA Y SEVERA EN ENTORNO INSTITUCIONAL A 20 INSTITUCIONES. -	-ACTA; FORMATO GRUPOS DE LA RED DE CUIDADO COLECTIVO DE LA RBC PARA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y AFECTACIONES PSICOSOCIALES; FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS; TABLERO DE CONTROL MENSUAL REPORTE MENSUAL SEGPLAN FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS CRONOGRAMA DE TRABAJO MENSUAL, INFORME MENSUAL DE VIGENCIA CON DATOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3. Realizar proceso de activación de ruta a usuarios que así lo requieran con oportunidad y calidad en el diligenciamiento del formato. Realizar acciones de gestión en lo que respecta a orientación a casos de aseguramiento y rutas de acceso a los servicios de salud, activación y movilización de rutas sectoriales e intersectoriales que se requieran. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	--SE REALIZA IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE INSTITUCIONES PARA LA PARTICIPACIÓN DE ACCIONES EN LA RED DE CUIDADO COLECTIVO RBC DE LA RBC PARA CUIDADORES INSTITUCIONALES --"	-ACTA, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS
4	4. Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-SE REALIZAN ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC) REFERENTES A PRÁCTICAS DEL CUIDADO: AUTOCUIDADO, SOCIOCUIDDO Y MUTUOCUIDADO EN LA RED DE CUIDADO COLECTIVO DE LA RBC PARA CUIDADORES INSTITUCIONALES --"	-ACTA, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS
5	5. Diligenciamiento de formatos, actas y bases solicitadas como parte del proceso del abordaje de las instituciones con calidad y de manera oportuna. Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC.	-- -SE REALIZAN ACCIONES DE ORIENTACIÓN EN PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO PARA COVID-19, EN LAS INSTITUCIONES DE LA RED DE CUIDADO COLECTIVO DE LA RBC PARA CUIDADORES INSTITUCIONALES -- REPORTE DIARIO DE INTERVENCIONES NO PRESENCIALES EN RED DE CUIDADO COLECTIVO DE LA RBC PARA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y AFECTACIONES PSICOSOCIALES –	-RESPUESTA COVID-19 RBC, INFORME MENSUAL y FINAL DE LA VIGENCIA CON DATOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

© Siasur - 2022

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	$ 1437099
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	63252519		
2022	OCTUBRE	2022	11	11			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVENTA Y NUEVEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		COMPENSAR		$ 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	488419957417

DIEGO HARVEY LOZANO ALBERTO
1000047582

GLORIA MARCELA GARZON RUIZ
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 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	1000047582	DIEGO HARVEY LOZANO ALBERTO	kra 34 c # 72 d 25 sur	6275482	lozano.alverto@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	
2022-10	2022-10	I	11/11/2022	63252519	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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	800903790-5	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	1000047582	DIEGO HARVEY LOZANO ALBERTO	kra 34 c # 72 d 25 sur	6275482	lozano.alverto@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	
2022-10	2022-10	I	11/11/2022	63252519	$309.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCION	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 o Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000047582	LOZANO ALBERTO DIEGO HARVEY	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

10:58

Banco Caja Social
Su banco amigo

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
11 noviembre 2022 10:58 am

DIRECCIÓN IP. 181.53.13.108

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII2315322455698917

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
89171X2J

NOMBRE DEL COMERCIO
COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO
9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO
99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN
$309.400,00
VALOR DEL IMPUESTO
$0,00
REFERENCIA DE PAGO
63252519
FECHA DE LA SOLICITUD
11 noviembre 2022
REFERENCIA 1
181.53.13.108
REFERENCIA 2

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? ○ 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					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO MAYO CTO -5367-2022 (1).pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CTO -5367-2022 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5367-2022.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5367-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5367-2022 .pdf	CUENTA JULIO CTO 5367-2022 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO- CTO 5367-2022.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO- CTO 5367-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE - CTO- 5367-2022.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE - CTO- 5367-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE- CTO- 5367-2022-1.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE- CTO- 5367-2022-1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle