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:**	2022-12-01	**Hasta:**	2022-12-31	
Nombre del Contratista:	LUZ ESTHELA ARCE TIQUE		**Número de Documento:**	52171583	
Correo Electrónico:	luzesthela0610@gmail.com		**Número Telefónico:**	3204525878	
Nombre del Supervisor:	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5583-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1291
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
K27PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$2299415	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2299415**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCEPESOS**		

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	$ 570758	1738
2	2022-07-01	2022-07-31	2	$ 2299415	1823
3	2022-08-16	2022-09-08	3	$ 2686419	2215
4	2022-09-08	2022-09-30	4	$ 1686238	2481
5	2022-10-01	2022-11-30	5	$ 2299415	2928

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2022-11-01	2022-12-31	6	$ 2299415	3332
7	2022-12-01	2023-01-31	7	$ 2299415	3724

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 2111142
2	JUNIO	$ 2028595
3	JULIO	$ 2299415
4	AGOSTO	$ 2299415
5	SEPTIEMBRE	$ 2299414
6	OCTUBRE	$ 2299415
7	NOVIEMBRE	$ 2299415

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3795151	$ 17936226	$ 15636811	$ 2299415

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Identificar riesgos locativos y ambientales de las familias étnicas	-Caracterizacion familiar a nucleos con prioridades de primera infancia, gestantes, puerperas, personas con condicion cronica (HTA-DBT-EPOC) y prioridades en salud mental dentro de los barrios priorizados y dando alcance a bases de tropa social.	-Formatos de caracterizacion, activaciones de ruta, link de solicitud de citas y fichas de notificacion
2	Dar información y educación correspondiente a la orientación de Prevención, mitigación y corrección de los impactos ambientales que se generan en las comunidades afrodescendientes y búsqueda para fortalecer la interacción del vínculo entre el humano-ambiente desde un enfoque diferencial	--No aplica actividad	--No aplica producto
3	Formular y ejecutar 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 el líder	-Caracterizacion familiar a nucleos con prioridades de primera infancia, gestantes, puerperas, personas con condicion cronica (HTA-DM-EPOC) y prioridades en salud mental dentro de los barrios priorizados y dando alcance a bases de tropa social.	-Formatos de caracterizacion,
4	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	--Caracterizacion familiar a nucleos con prioridades de primera infancia, gestantes, puerperas, personas con condicion cronica (HTA-DBT-EPOC) y prioridades en salud mental dentro de los barrios priorizados y dando alcance a bases de tropa social.	--Formatos de caracterizacion, activaciones de ruta, link de solicitud de citas y fichas de notificacion.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	--Gestión del riesgo en familias caracterizadas con necesidades específicas en salud a través de solicitud de citas, activación de rutas y/o notificaciones al SIVIGILA, SISVECOS y/o SIVIM	--Formatos de caracterizacion, activaciones de ruta, link de solicitud de citas y fichas de notificacion
6	Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC.	-Disponibilidad de acuerdo a las actividades programadas	--Listados de asistencia

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	$ 2299415
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1050958359		
2022	NOVIEMBRE	2022	12	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	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		FAMISANAR		$ 125000	$ 125000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	Total	$ 290220	$ 309400

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24100152698

LUZ ESTHELA ARCE TIQUE
52171583

ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
8 Incumplimientos

Datos guardados

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 ABRIL-5426-2021.pdf (Archivado)	CUENTA ABRIL-5426-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO-CTO 5583-2022.pdf	CUENTA MAYO-CTO 5583-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO-CTO 5583-2022.pdf	CUENTA JUNIO-CTO 5583-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA JULIO.pdf (Archivado)	CUENTA JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA JULIO-CTO 5583-2022.pdf (Archivado)	CUENTA JULIO-CTO 5583-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO-CTO 5583-2022 (1).pdf	CUENTA JULIO-CTO 5583-2022 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO-CTO 5583-2022 (2).pdf	CUENTA AGOSTO-CTO 5583-2022 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE-CTO 5583-2022.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE-CTO 5583-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE-CTO 5583-2022.pdf	CUENTA OCTUBRE-CTO 5583-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO-5583-2022.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO-5583-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-12-13, 09:46:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1050958359

Periodo Cotización: noviembre de 2022 **Periodo Servicio:** noviembre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8838224110

PAGADO 13/12/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ESTHELA ARCE TIQUE		
Documento	CC52171583	**Dirección**	DG 49 #15 - 24 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204525878
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	SLN	TDA	TAP	TDP	TAP	VNP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 52171583	LUZ ESTHELA ARCE TIQUE	59	00																	0	30	30	30	30	(23)(031) PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.000.000	$ 125.000	2,436	$ 1.000.000	$ 24.400	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.000.000	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 125.000	$ 24.400	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400	$ 0	$ 329.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1136 PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	8830224110
NUMERO DE APROBACION	502463
Fecha:	12/12/2022 16:27:27
DV:	843365
NUM. TRANSACCION	1080049500
Valor	$329.000,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 905797 PLAZA LA ANDREA
CALLE 78 SUR

Cajero: PACATASI

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Escaneado con CamScanner