| 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:** | 2023-03-01 | **Hasta:** | 2023-03-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | RUTH DANIELA PABON MARTINEZ | | **Número de Documento:** | 1030685567 | |
| **Correo Electrónico:** | daniela.pabon11902022@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3125915246 | |
| **Nombre del Supervisor:** | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2786-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 517 |
| **Perfil:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS CANDELARIA I | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| K29PI390 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS MANUELA BELTRÁN | $2471871 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2471871** | **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UNPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2023-01-30 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-03-31 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | FEBRERO | $ 2471871 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 4943742** | **$ 4943742** | **$ 2471871** | **$ 2471871** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | . Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiologico por el que atraviese la ciudad en el momento | informe de prevención y promoción de la salud de la SED | No se presenta evidencia |
| 2 | Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiologico y activar la ruta de atencion, incluyendo la RIA en situaciones criticas que afecten el bienestar de los estudiantes, articulandose con el equipo de la estrategia RIO P | Implementar el protocolo de bioseguridad en caso sospechosos o positivos por brote epidemiológico y cumplir con el procedimiento adecuado | Informe de prevención y promoción de la salud de la SED |
| 3 | Adelantar acciones pedagogicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevencion de brotes epidemiologicos en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado | Diseñar e implementar acciones pedagógicas como suministro de información general charlas informativas talleres juego o actividad lúdica y piezas comunicativas entre otras relacionadas con brotes epidemiológicos | Informe de prevención y promoción de la salud de la SED |
| 4 | Adelantar acciones pedagogicas para la promocion en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento especifico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promocion del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado | Diseñar e implementar acciones pedagógicas como suministro de información general charlas informativas talleres juego o actividad lúdica y piezas comunicativas entre otras relacionadas con estilos de vida saludables | Informe de prevención y promoción de la salud de la SED |
| 5 | Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, y vacunacion, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada | Apoyo en las actividades de tamizaje de peso y talla y vacunación | no se presenta evidencia |
| 6 | Participar en los procesos de capacitacion que programe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes | Participar en los procesos de capacitación que programe la SED la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes | listados de asistencia y actas manuales |
| 7 | Apoyar al Comite Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST- y a la brigada escolar institucional en la actualizacion de los Planes Escolares de Gestion del Riesgo, Emergencias y Cambio climático | Acompañamiento al Comite Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo COPASST y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo Emergencias y Cambio climático | listado de asistencia y actas manuales |
| 8 | Actuar como primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el articulo 131 del Codigo Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinacion y colaboracion con el primer respondiente del colegio | Actuar como primer respondiente en casos de accidentes escolares, en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio | actas manuales |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 9 | Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED | Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED | reporte diario |
| 10 | Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagogica dispuesta por la SED | hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED | reporte semanal |
| 11 | Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, segun las matrices o esquemas solicitados para tal fin | Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual junto con evidencias de su desarrollo segun las matrices o esquemas solicitados para tal fin | informe mensual |
| 12 | Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demas gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred | Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demas gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred | actas manuales y listado 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** | | $ 2471871 |
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 8366284404 | | | |
| **2023** | **FEBRERO** | **2023** | **03** | **17** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UNPESOS** | | | |
| **Item** | | | | | **Entidades Aportantes a Seguridad Social** | **Ingreso Base de Cotización** | **Valor Mínimo de los Aportes** | **Valor Aportado** |
| Pensionado | | | | NO | PORVENIR | $ 1000000 | $ 160000 | $ 186100 |
| Salud | | | | | SÁNITAS | | $ 125000 | $ 145400 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | $ 24360 | $ 28400 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | **Total** | **$ 290220** | $ 359900 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 712021186 |

**RUTH DANIELA PABON MARTINEZ**
**1030685567**

**KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** RUTH DANIELA PABON MARTINEZ
**No. Identificación:** CC1030685567
**Dirección:** DG 30A SUR NUM 6 F12
**Telefono:** 3125915246
**Correo:** ruthdanielapabon6@gmail.com
**Ciudad:** SOACHA
**Número de Planilla:** 8366284404

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | RUTH DANIELA PABON MARTINEZ |
| Tipo y número de identificación | CC1030685567 |
| Número de planilla | 8366284404 |
| Fecha pago | 2023-03-17 |
| Número de autorización pago | 22411911 |
| Banco | 1023 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | febrero de 2023 |
| Periodo de Cotización Pensión | febrero de 2023 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | 359900 |
| Total Intereses de Mora | 1000 |

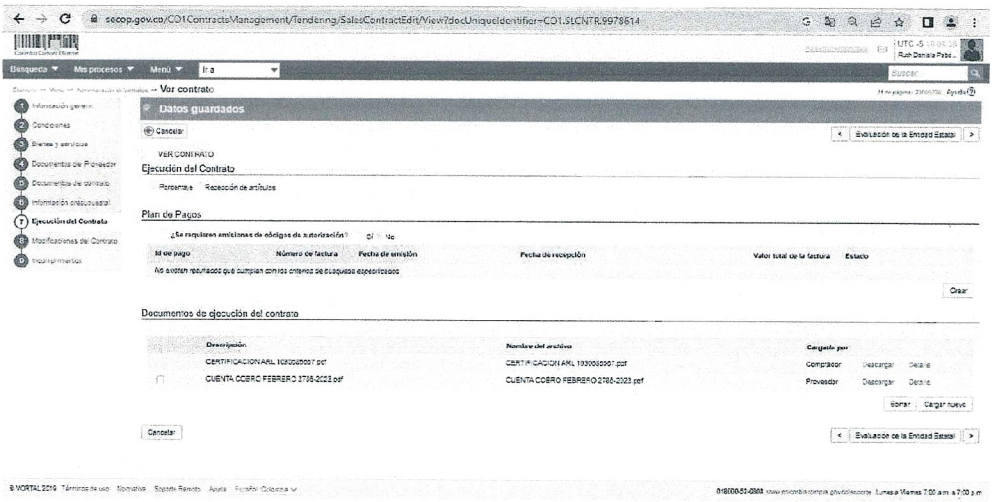
PAGADA
8366284404

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28400 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 186100 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 145400 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030685567
APELLIDOS Y NOMBRES: RUTH DANIELA PABON MARTINEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 0 |

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


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.9978614
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Ver contrato
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
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
CERTIFICACION ARL 1030060907.pdf
CERTIFICACION ARL 1030060907.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA COBRO FEBRERO 2786-2023.pdf
CUENTA COBRO FEBRERO 2786-2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal