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:**	2023-04-01	**Hasta:**	2023-04-30	
Nombre del Contratista:	PAOLA MURILLO LEYDI		**Número de Documento:**	1032423411	
Correo Electrónico:	lady881031@gmail.com		**Número Telefónico:**	3203274486	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4722-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
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	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13372	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-04-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-05-31

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4920748	**$ 4920748**	**$ 0**	**$ 4920748**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. sistematizar informacion recolectada en las herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	DILIGENCIAMIENTO COMPLETO Y OPORTUNO EN EL DRIVE DE CASOS POSITIVOS DE VIH Y SÍFILIS	- DRIVE DE SEGUIMIENTOS
2	2. diseñar piezas comunicativas de acuerdo a las necesidades identificadas	-SE REALIZA INFORME MENSUAL CON EL ANÁLISIS DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PARA LA POBLACIÓN HABITANTES DE CALLE	- MATRIZ DE INFORME MENSUAL
3	3. realizar consejeria en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rapidas en vih y realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de vih – reactivo y sifilis con resultado positivo.	-REALIZAR ASEOSRIA PRE Y POST PARA LAS 100 PRUEBAS QUE SE REALIZAN EN LAS LOCALIDADES DE USME, CIUDAD BOLIVAR Y TUNJUELITO. ASI MISMO SE REALIZAN ACOMPAÑAMIENTOS SOLIDARIOS Y SE HACEN SEGUIMIENTO A LOS CASOS POSITIVOS	- FORMATO SISCO 2 Y MATRIZ DE SEFUIMIENTOS
4	4. realizar intervencion breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificacion identificar el riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones cronicas en los espacios comunitarios.	-SE REALIZAN 4 ASESORIA A USUARIOS HABITANTES DE CALLE O EN RIESGO DE HABITAR CALLE, IDENTIFICADAS POR EL CENTRO DE ESCUCHA DE AHBITANZA EN CALLE	- FORMATO SISCO 1 A
5	5. identificar usuarios sintomaticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios.	-SE REALIZAN RECORRIDOS EN CALLE, IEC, SE ASISTE A JORNADAS DE AUTOCUIDADO PARA IDENTIFICAR POBLACION EN HABITNZA EN CALLE Y EN RIESGO DE HABITAR CALLE, DONDE SE LES BRINDA ORIENTACION SOBRE EL AUTOCUIDADO DE PREVENCION	-FICHA TECNICA, ACTAS Y FORMATO 1 A
6	6. realizar asesorias pretest, post-test y tamizaje vih, y test sifilis.	-SE REALIZAN 100 PRUEBAS DUO DE VIH Y SIFILIS Y 100 PRUEBAS DE HERPATITIS B A POBLACION EN HABITANZA EN CALLE Y EN RIESGO DE HABITAR CALLE DONDE SE LES BRINDA LA ASESORIA PRETEST, POST-TEST	-FORMATO SISCO 2
7	7. canalizar y activar las diferentes ruta integrales de atencion en salud.	-SE REALIZAN CANALIZACIONES A LAS RIAS DE PREVENCION Y MANTENIMIENTO EN SALUD	-FORMATO DE CANALIZACIONES
8	8. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	-EJECUCION DE CENTRO DE ESCUCHA HABITANZA EN CALLE EN LAS LOCALIDADES DE USME, CIUDAD BOLIVAR Y TUNJUELITO	-FORMATO SISCO 1A
9	9. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.	-SE REALIZA ENTREGA DEL 100% DE LOS SOPORTES FÍSICOS REALIZADOS EN EL MES DE FEBRERO ACORDE A LOS LINEAMIENTOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL.	-ACTAS DE ENTREGA DE PRODUCTOS
10	10. las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic.	-PARTICIPAR DE LAS ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMAS A NIVEL CENTRAL COMO DEL ESPACIO	-ACTAS Y LISTADOS

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	$ 1986994
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	66478970		
2023	MARZO	2023	04	03			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		COMPENSAR		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870492842

Jeisson Rodrigo Parra Triana
Cc. 80724755
Referente Publico

PAOLA MURILLO LEYDI
1032423411

JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA
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	1032423411	LADY PAOLA MURILLO RODRIGUEZ	TV 18 Q N 69 A 23 INT 1	2100151	lady881031@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
2023-03	2023-03	I	03/04/2023	66476970	TOTAL A PAGAR	
					$358.900	

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	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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	800224503-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	830903790-5	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	358.900

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	1032423411	LADY PAOLA MURILLO RODRIGUEZ		TV 18 Q N 69 A 23 INT 1	2100161	lady881031@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

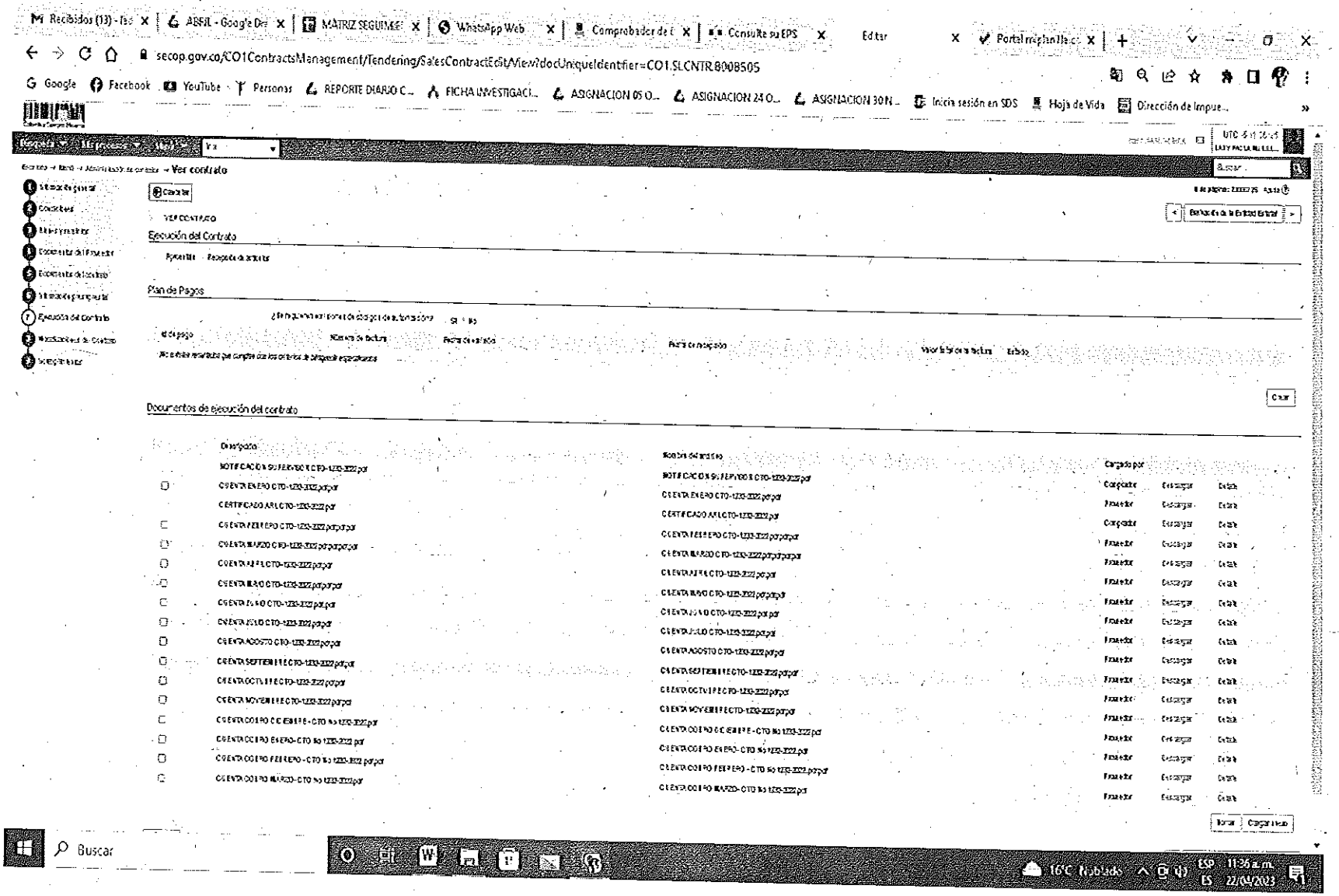
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	03/04/2023	68478970	$358.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Asistido	Extranjero	Cotiz. exterior	Dependiente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIONDIA	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032423411	MURILLO RODRIGUEZ LADY PAOLA	59	0			N																	230301	1.160.000	155.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	23.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Recibidos (13) - tas
ABRIL - Google Dri
MATRIZ SEGUIMIE
WhatsApp Web
Comprobador de t
ConsulRe su EPS
Editar
Portal mipanillaco
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.8008505
Google
Facebook
YouTube
Personas
REPORTE DIARIO C...
FICHA INVESTIGACI...
ASIGNACION 05 O...
ASIGNACION 24 O...
ASIGNACION 30 N...
Inicia sesión en SDS
Hoja de Vida
Dirección de Impue...
Ver contrato
Cancelar
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Documentos de ejecución del contrato
Crear
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Buscar
16°C Nublado
ESP
11:36 a. m.
22/04/2023