| 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 | SIASUN |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2023-04-01 | **Hasta:** | 2023-04-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | ANGIE TATIANA VALBUENA MALDONADO | | **Número de Documento:** | 1023024347 | |
| **Correo Electrónico:** | angievalbuena72@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3227501981 | |
| **Nombre del Supervisor:** | KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO-LIDER COORDINADOR DE PROYECTO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2709-2023 | **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. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-04-01 | 2023-04-30 | 1 | $ 2471871 | 996 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | MARZO | | $ 2471871 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4943742 | $ 7415613 | $ 2471871 | $ 4943742 |

| 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 | -se realiza capacitacion acerca de la gastro enteritis | -matriz |
| 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 | -se realiza capacitacion acerca de la alimentacion saludable y como prevenir enfermedades | -evidencia fotografica |
| 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 | -se realiza una charla con videos explicativos acerca de la prevencion de gastritis | -matriz |
| 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. | -se realiza actividad con los estudiantes acerca de los alimentos | -eidencia fotografica |
| 5 | Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, y vacunacion, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada. | -se realizan algunas carteleras para que los niños hagan los alimentos sanos y los que no lo son | -evidencia fotografica |
| 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 | -se realiza cartelera sobre la gastro enteritis | -evidencia fotografica |
| 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 climatico | -se realiza lavado de manos para seguir con el protocolo | -evidencia fotografica |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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. | -se realiza charla con los estudiantes acerca del cuiidado sobre los alimentos | -matriz |
| 9 | .Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED | -se hace actividad con los estudiantes mostrandoles videos acerca de la gastroenteritis | -evidencia fotografica |
| 10 | Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagogica dispuesta por la SED | -se muestran videos explicativos sobre habitos saludables | -matriz |
| 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 | -se realiza charlas motivando a los estudiantes sobre la alimentacion saludable | -evidencia fotogafica |
| 12 | .Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demas gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred. | -se realiza lavado y desinfeccion de manos para seguir con el protocolo | -evidencia fotografica |

## 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 | 8367008130 | | |
| 2023 | MARZO | 2023 | 04 | 13 | | | |
| 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 | PROTECCIÓN | $ 1160000 | $ 185600 | $ 185600 |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 145000 | $ 145000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 28258 | $ 28300 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 336655 | $ 358900 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 91231884551 |
|---|---|---|---|---|---|

Angie Tatiana Valbuena

**ANGIE TATIANA VALBUENA MALDONADO**
**1023024347**

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

Vo Bo


*© Siasur - 2023*

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

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | ANGIE TATIANA VALBUENA MALDONADO |
| **No. Identificación:** | CC1023024347 |
| **Dirección:** | KR 7 I ESTE NUM 108 22 SUR |
| **Telefono:** | 3227501981 |
| **Correo:** | angievalbuena72@gmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 8367008130 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | ANGIE TATIANA VALBUENA MALDONADO |
| **Tipo y número de identificación** | CC1023024347 |
| **Número de planilla** | 8367008130 |
| **Fecha pago** | 2023-04-13 |
| **Número de autorización pago** | 45562299 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | marzo de 2023 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | marzo de 2023 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 358900 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28300 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 185600 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 145000 | 1 |

8367008130

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023024347
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE TATIANA VALBUENA MALDONADO

| 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 | 230201 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 0 |

Este documento es de carácter PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información





Búsqueda | Más procesos | Menú | Ir a | Buscar

Escritorio ↔ Menú ↔ Administración de compras ↔ **Ver contrato**

Ir a página: [redacted] Ayuda

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

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CERTIFICACION APL 1023024347.pdf | CERTIFICACION APL 1023024347.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | CUENTA DE COBRO FEEPERO CTO 2709-2023.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO 2709-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA DE COBRO MARZO CTO 2709 2023.pdf | CUENTA DE COBRO MARZO CTO 2709 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar archivo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >