

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-05-01	Hasta:	2023-05-31			
Nombre Contratista:	del	MARTHA YOLANDA BAEZ RUIZ		Número de Documento:	52303619		
Correo Electrónico:	mayoba_@hotmail.com			Número Telefónico:	3102130136		
Nombre Supervisor:	del	ADRIANA MARCELA CASTRO BOTELLO	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO	Código Grado:		
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	5054-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1026		
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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	Procentaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	\$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3998136	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato	2023-03-27			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-05-31		
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP		
1	2023-05-01	2023-07-31	1	\$ 3875016	1551		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar			
1	MARZO			\$ 543225			

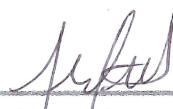
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	ABRIL	\$ 3998136	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8662485	\$ 12537501	\$ 4541361	\$ 7996140
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. realizar investigaciones epidemiologica de campo (iec) de eventos de interes en salud publica.	-Realizar investigacion epidemiologica en campo, (IEC) según corresponda.	-Formato caracterización de IEC y riesgo según corresponda.
2	2. registrar la informacion de la intervencion epidemiologica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	-2 formatos de IEC en la localidad Tunjuelito, 28 formatos de IEC en la localidad Ciudad Bolivar y 3 formatos de IEC en la localidad sumpaz.	-Formato de riesgo quimico, y formato de riesgo biomecanico, formato de valoracion de exposicion a contaminantes quimicos, valoracion de sintomas neuropsicologicos y pruebas cognitivas, en trabajadores agricolas.
3	3. identificar problematicas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad.	-Realizar canalizacion a rutas integrables en salud segun problematica identificada.	- Diligenciar Formato de canalizacion .
4	4. realizar la activacion de rutas integrales de atencion en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad.	- Diligenciar Formato de canalizacion .	-Formato de canalizacion en medio maganetico.
5	5. participar en acciones de socializacion, sensibilizacion y capacitacion tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato y productos a la sds.	-Participar en capacitaciones, socializaciones y sensibilizaciones.	-Actas y listados de asistencia .
6	6. realizar cruces de informacion para la verificacion de los eventos abordados en la iec de cada variable.	-Revisar en las bases las variables de la IEC, a fin de identificar eventos abordados.	-Bases de datos.
7	7. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados segun necesidad y oportunidad.	-Participar en reuniones de fortalecimiento del subsistema segun la necesidad.	-Actas y listados de asistencia.
8	8. realizar asistencia tecnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui y upgds.	-No se desarrolla la actividad, en el periodo certificado.	-No se desarrolla la actividad, en el periodo certificado.
9	9. realizar busqueda activa institucional de los eventos de interes en salud publica de la upgds publicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	-Enviar oportunamente canalizaciones, en magnetico, entregar formato de IEC segun riesgo correspondiente, realizar concordancia de bases, dar respuesta a notificaciones.	-Formato de IEC segun corresponda biomecanico, quimico, AT. y valoracion de sintomas neuropsicologico.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	-Formato de IEC según corresponda biomecánico, químico, AT, y valoración de síntomas neuropsicológico.	-Formato de canalización en magnético, formatos IEC según riesgo identificado, actas de concordancia.
11	11. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaría distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur e.s.e	-Asistir a diferentes espacios distritales, locales, interinstitucionales convocados por secretaría distrital de salud, o subred sur	-Actas y listados de asistencia.
12	12. participar de las actividades asignadas por la coordinación pic.	-participar de las actividades asignadas por la coordinación pic	-Actas y listados de asistencia.

INFORMACIÓN DE PAIS				
País	Región	Provincia	Municipio	Distrito

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior \$ 3998136			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	67817513				
2023	ABRIL	2023	05	15					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras.					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS				
Ítem					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	COLFONDOS	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 291200
Salud						SURA		\$ 199907	\$ 227500
ARL					3	SURA		\$ 38958	\$ 44400
Caja de Compensación					SI	COLSUBSIDIO	Total	\$ 464136	\$ 563100
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria		BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	68642026449	


MARTHA YOLANDA BAEZ RUIZ
 52303619


ADRIANA MARCELA CASTRO BOTELLO
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52303619	MARTHA YOLANDA BAEZ RUIZ	CRA 9 ESTE 38 23	7761503	mayoba_@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	SI
UNICA	I- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-04	2023-04	I	15/05/2023	67617513	TOTAL A PAGAR \$581.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor			
EPS010	EPS Sura	80008702-2	227.500	0		0		10	1
						2.700	0	230.200	

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	90039604-7	291.200	0	0	0	0	10	1
								3.500	
							0	294.700	

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				
14-11	ARL SUKA	890903790-5	44.400				44.400	10	1
								800	
							45.000		
								444	
								45.000	

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF22	Casusubido	860007336-1	11.000	10	200	11.200
						No. Afiliados
						1

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, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	227.500	230.200
Pensión	1	291.200	294.700
Riesgos Laborales	1	44.400	45.000
CCF	1	11.000	11.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	574.100	581.100

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52309619	MARTHA YOLANDA BAEZ RUIZ	CRA 9 ESTE 38 23	7751503	mryolha_@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
	2023-04	2023-04	1	15/05/2023	67817513
CANTIDAD				TOTAL A PAGAR	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
				\$581.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES														
No. Tipo	No. de Identificación		Apellidos y Nombres		Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	ELN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	52309619	BAEZ RUIZ MARTHA YOLANDA		59	0			N																25-14	1 820 000	291 200	0	0	0	0	0	EPS10	1 820 000	227 500	14-11	1 820 000	3	44 400	CCF22	1 820 000	11 000	0	0	0	0	0

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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? ☐ 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_MARZO_CTO_5054_2023.pdf	CUENTA_MARZO_CTO_5054_2023.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA_ABRIL_CTO_5054-2023.pdf	CUENTA_ABRIL_CTO_5054-2023.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#)

Español (Colombia) ▼

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

<https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.10395551> 1/1