

|                                                                                   |                                                   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |

| DATOS DEL INFORME     |                       |                                   |                    |                             |                 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|
| Periodo a Certificar: | Desde:                | 2023-06-01                        | Hasta:             | 2023-06-30                  |                 |
| Nombre Contratista:   | del                   | ANA ISABEL ACOSTA AREVALO         |                    | Número de Documento:        | 51847739        |
| Correo Electrónico:   | bellisa65@hotmail.com |                                   | Número Telefónico: | 3213120609                  |                 |
| Nombre Supervisor:    | del                   | YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ | Cargo:             | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 | Código Grado: - |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                          |               |      |                       |      |
|-------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                 | 5167-2023                                | Año Contrato: | 2023 | CDP Contrato Inicial: | 1026 |
| Perfil:                       | TECNICO I 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 |
| K26PI                        | 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        |              | 2023-03-27          |             | 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           | \$ 2384834                                | 1551       |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   |              | MARZO               |             | \$ 334300                                 |            |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2                                                       | ABRIL                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$ 2460448                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  |
| 3                                                       | MAYO                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 2460448                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                            | PAGOS REALIZADOS                                                                                 |
| \$ 5330810                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 7715644                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ 5255196                                                                                       |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                            | PAGOS REALIZADOS                                                                                 |
| \$ 5330810                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 7715644                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ 5255196                                                                                       |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                          | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                             |
| 1                                                       | 1. desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas. | -Realizar proceso de verificación, observación e indagación según curso de vida.                                                                                                                                                                                    | -Se Genera canalizar con solicitud específica.                                                   |
| 2                                                       | 2. garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorías y auditorías internas y externas según requerimiento.                                                | -Asistencia y participación en cada una de las concentraciones proyectadas según micro plantación.                                                                                                                                                                  | -Acta de participación y asistencia.                                                             |
| 3                                                       | 3. garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades.                                                                                                                                                        | -Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos, protocolos,                                                                                                                                                                        | -Entrega de formatos en tiempo real.                                                             |
| 4                                                       | 4. activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalización)                                                                                                                         | -Realizar proceso de verificación, observación e indagación según curso de vida basados en la Necesidad del usuario.                                                                                                                                                | -Se Genera canalizar con solicitud específica.                                                   |
| 5                                                       | 5. informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.                                                                                                                                                                 | -Dar conocer el portafolio de servicios el aplica según grupo de edad para lograr la disminuir los riesgos de morbi-mortalidad.                                                                                                                                     | -Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activación de ruta según la necesidad |
| 6                                                       | 6. realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa ampliado de inmunización.                                                                                                                                                                                           | -Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extra mural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extra murales | -Formato SIS 150.                                                                                |
| 7                                                       | 7. búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación.                                                            | -Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura                                                                                            | -Formato diligenciado con calidad y veracidad.                                                   |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                      | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                                       | 8 participar activamente en los espacios de fortalecimiento técnico convocados por la institución o por la sds.                                                            | Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental.                                                                   | -Acta de asistencia y participación.                                                                                     |
| 9                                                       | 9. desarrollar las actividades de vacunación dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institución y del programa ampliado de inmunizaciones. | -Registro con información clara y veraz en el registro de las vacunas en cada formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico. | -Sis de registro diario                                                                                                  |
| 10                                                      | 10. prestar servicios de atención e intervención integral al usuario con calidad, oportunidad y humanización.                                                              | -Actualización y registro con calidad de los usuarios vacunados en el seguimiento telefónico realizado por cohortes según asignación de la profesional extramural               | -Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados |
| 11                                                      | 11. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.                                                           | -Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados                                                        | - Carpetas con formatos debidamente organizada y foliada según protocolo de gestión documentos                           |
| 12                                                      | 12. las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad del pic.                                                                                 | -Dar cumplimiento a las actividades asignadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplaneación diaria.                                                           | -Asistencia y participación en las actividades día                                                                       |

| 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<br>\$ 2460448 |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA                                     | 68098541                                                                  |                                                                |
| 2023                                                    | MAYO                  | 2023          | 06  | 13                                      |                                                                           |                                                                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                                         | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS |                                                                |
| Item                                                    |                       |               |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización                                                | Valor Mínimo de los Aportes                                    |
| Pensionado                                              |                       |               |     | NO                                      | \$ 1160000                                                                | \$ 185600                                                      |
| Salud                                                   |                       |               |     | COMPENSAR                               |                                                                           | \$ 145000                                                      |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3                                       |                                                                           | \$ 28258                                                       |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO                                      | Total                                                                     | \$ 336655                                                      |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                                         |                                                                           |                                                                |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta                          | AHORROS                                                                   | Número de Cuenta                                               |
|                                                         |                       |               |     | 4800356133                              |                                                                           |                                                                |

  
 ANA ISABEL ACOSTA AREVALO  
 51847739

  
 YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ  
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

PorcentajeRecepción 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                                       |
|--------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CTO-5167-2023-MARZO.pdf | CTO-5167-2023-MARZO.pdf | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |
| <input type="checkbox"/> CTO-5167-2023-ABRIL.pdf | CTO-5167-2023-ABRIL.pdf | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |
| <input type="checkbox"/> CTO-5167-2023-MAYO.pdf  | CTO-5167-2023-MAYO.pdf  | Proveedor <div>Descargar</div> <div>Detalle</div> |

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

Evaluación de la Entidad Estatal

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

**Señor(a):** ANA ISABEL ACOSTA AREVALO  
**No. Identificación:** CC51847739  
**Dirección:** CLL 57 C SUR # 77 K 70  
**Telefono:** 1234567  
**Correo:** BELLISA65@HOTMAIL.COM  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 68098541

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                           |
|---------------------------------|---------------------------|
| Nombre Aportante                | ANA ISABEL ACOSTA AREVALO |
| Tipo y número de identificación | CC51847739                |
| Número de planilla              | 68098541                  |
| Fecha pago                      | 2023-06-13                |
| Número de autorización pago     | 1444050                   |
| Banco                           | 1083                      |

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Número de Empleados           | 1            |
| Periodo de Cotización Salud   | mayo de 2023 |
| Periodo de Cotización Pensión | mayo de 2023 |
| Número de Administradoras     | 3            |
| Total Pagado                  | 360700       |
| Total Intereses de Mora       | 1800         |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE        | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|---------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA      | 28500        | 1                   |
| 230301                | Porvenir      | 186500       | 1                   |
| EPS008                | Compensar EPS | 145700       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 51847739  
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA ISABEL ACOSTA AREVALO

| 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 |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS008   | 230301   | 1160000   | 1160000     | 1160000     | 0         | 145000           | 0         | 185600             | 0                                | 28300              | 0            |

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2023/06/12 - 12:28 p.m.

DOCUMENTO: CC 51847739

NOMBRE USUARIO:

ANA ISABEL ACOSTA AREVALO

MODULO: CENTROMAYOR07

ID PAGO:32492240

NO PLANILLA: 8368098541

PERIODO DE PAGO: mayo

VALOR PAGADO: \$ 360700

---

TOTAL: \$ 360700

EFFECTIVO: \$ 400000

CAMBIO: \$ 39300

---

# Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

## ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

TIPO DE VINCULACIÓN

### ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

Se registró la información con éxito

Aceptar

☐ Administrativa

Pregunta requerida

SEDE

Pregunta requerida

NIVEL DEL CARGO

Pregunta requerida

EDAD