| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2023-06-01 | **Hasta:** | 2023-06-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | LORENA GONZALEZ LEON | | **Número de Documento:** | 1000728484 | |
| **Correo Electrónico:** | LORE171030@GMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3213345329 | |
| **Nombre del Supervisor:** | EDUARDO CASTILLO CASTILLO | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 (INGENIERO QUIMICO CON ESPECIALIZACION) | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4988-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1026 |
| **Perfil:** | TECNOLOGO 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K31PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 184 | 0 | 14207 | $2614088 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2614088** | **DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA 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 | $ 2249435 | 1551 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | MARZO | | $ 355175 | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | ABRIL | $ 2329948 |
| 3 | MAYO | $ 2614088 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5663944 | $ 7913379 | $ 5299211 | $ 2614168 |

| | 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 o segun el perfil de promocion de la salud, prevencion de la enfermedad y gestion del riesgo, situacion o exposicion al riesgo; desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas (pic). | - Se da cumplimiento a el desarrollo de las acciones para la prevención de enfermedades y la exposición del riesgo | - Se da cumplimiento a el desarrollo de las acciones para la prevención de enfermedades y la exposición del riesgo, formatos en fisico |
| 2 | 2. asistir a reuniones de seguimiento de las acciones realizadas con los referentes de secretaria distrital de salud (sds) e instituciones externas de acuerdo al plan de accion establecido, caracterizar las condiciones sociodemograficas, habitos y factores de riesgo en los niños escolares residentes en localidades priorizadas en la ciudad de bogota d.c., | -Se asiste a las reuniones programadas por la secretaria distrital de salud, al igual que la de equipo y instituciones externas para la socialización de factores de riesgo para la comunidad | - Actas en fisico, listado de asistencia en fisico |
| 3 | 3. atender y dar respuesta oportuna a quejas individuales y colectivas de la linea de aire, ruido y radiacion electromagnetica (rem), canalizar a poblacion encuestada a institucion prestadora de servicios de salud (ips), con seguimiento o canalizacion de informacion a entidades competentes para realizar intervenciones que inciden en la calidad del aire, ruido o radiacion electromagnetica. | - Para el periodo a facturar no se realizan quejas | -No se realiza queja en el periodo de junio |
| 4 | 4, aplicar encuestas de caracterizacion de posibles factores de riesgo de enfermedades respiratorias por exposicion a contaminacion del aire; aplicacion de encuesta sobre efectos auditivos y/o extra auditivos asociados a ruido por inmision; aplicacion de encuesta sobre sintomas de salud no especificos y factores de riesgo asociados a la exposicion de radiaciones electromagneticas, debiendo diligenciar el formato de consentimiento informado. | -Se realiza 65 encuestas en el mes de junio en la localidad ciudad bolivar divididas en las siguientes temáticas; - aire: menores de 5 años se realizaron 8 encuestas; menores de 5 a 14 años se realizaron 15 encuestas; mayores de 60 años s realizaron 3encuestas. -ruido: se realizaron 15 encuestas de ruido habitacional; se realizaron 14 encuestas de ruido adolescente ; se realizaron 11 encuestas de Rem | -65 formatos en fisicos en total divididos de la siguiente forma: - aire: 8 formatos de menores de 5 años; 15 formatos de menores de 5 a 14 años; 3 formatos de mayores de 60 años - ruido: 14 formatos de ruido habitacional; 13 formatos en de ruido adolescentes |
| 5 | 5, realizar el seguimiento a la poblacion que cumpla con los criterios de seleccion para el proceso de diario de sintomas | -se realiza el seguimiento respectivo para la selección de la población vulnerable y que cumpla los requerimientos para aplicar la encuesta, -Se realiza 65 encuestas en el mes de junio en la localidad ciudad bolivar | -65 formatos en fisicos |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 6 | 6. digitar informacion de la vigilancia epidemiologica, ambiental y sanitaria de las tematicas de la línea aire, ruido y radiacion electromagnetica en los aplicativos correspondientes (aplicativo siarr) segun lineamientos emitidos por sds. 6. cumplir con los respectivos cronogramas de las visitas y acciones de los productos que alimentan los sistemas de informacion en vigilancia sanitaria y ambiental y otros. | -Se realiza retroalimentación de cronograma del mes de junio y se realiza la proyección del cronograma de Julio | - Se realiza retroalimentación de cronograma del mes de junio y se realiza la proyección del cronograma de Julio en medio magnetico |
| 7 | 7. dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas y recepcionadas al componente de vigilancia en salud ambiental entregandolas al lider operativo de las lineas de intervención donde sea asignado(a). | - Para el periodo a facturar no se realizan quejas | - Para el periodo a facturar no se realizan quejas |
| 8 | 8. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la sds, recomendaciones del coordinador de vigilancia en salud ambiental, y por el lider operativo | - para el periodo no fueron generadas acciones de mejoramiento | - para el periodo no fueron generadas acciones de mejoramiento |
| 9 | 9. cumplir con la disponobilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e. | - no aplica | -no aplica |
| 10 | 10. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados. | - se realiza entrega semanal de los productos realizados de acuerdo al proceso de gestion documental debidamente organizado | - se realiza entrega semanal de los productos realizados de acuerdo al proceso de gestion documental debidamente organizado |
| 11 | 11. las demas acciones que se requieran de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic. | - para el periodo no fueron generadas acciones de apoyo que se requieran de acuerdo a las necesidades de la institución y del pic. | - para el periodo no fueron generadas acciones de apoyo que se requieran de acuerdo a las necesidades de la institución y del pic. |

| 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 | | $ 2614088 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1054948966 | | | |
| 2023 | MAYO | 2023 | 06 | 22 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS | | | |
| Item | | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
| Pensionado | | | | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1160000 | $ 185600 | $ 185600 |
| Salud | | | | | FAMISANAR | | $ 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 | 8100762585 |

LORENA GONZALEZ LEON
1000728484

EDUARDO CASTILLO CASTILLO
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (INGENIERO QUIMICO CON ESPECIALIZACION)

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-06-23, 04:04:03 AM  Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES  Numéro Planilla: 1054948966

Periodo Cotización: mayo de 2023  Periodo Servicio: mayo de 2023  Referencia pago (PIN): 8838945970

**PAGADO 22/06/2023 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LORENA GONZALEZ LEON | | |
| **Documento** | CC1000728484 | **Dirección** | CR 100A #48 - 58 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3213345329 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días ARP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1000728484 | LORENA GONZALEZ LEON | 58 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 2.430 | $ 1.160.000 | $ 28.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | $ 600 | $ 359.500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3616850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

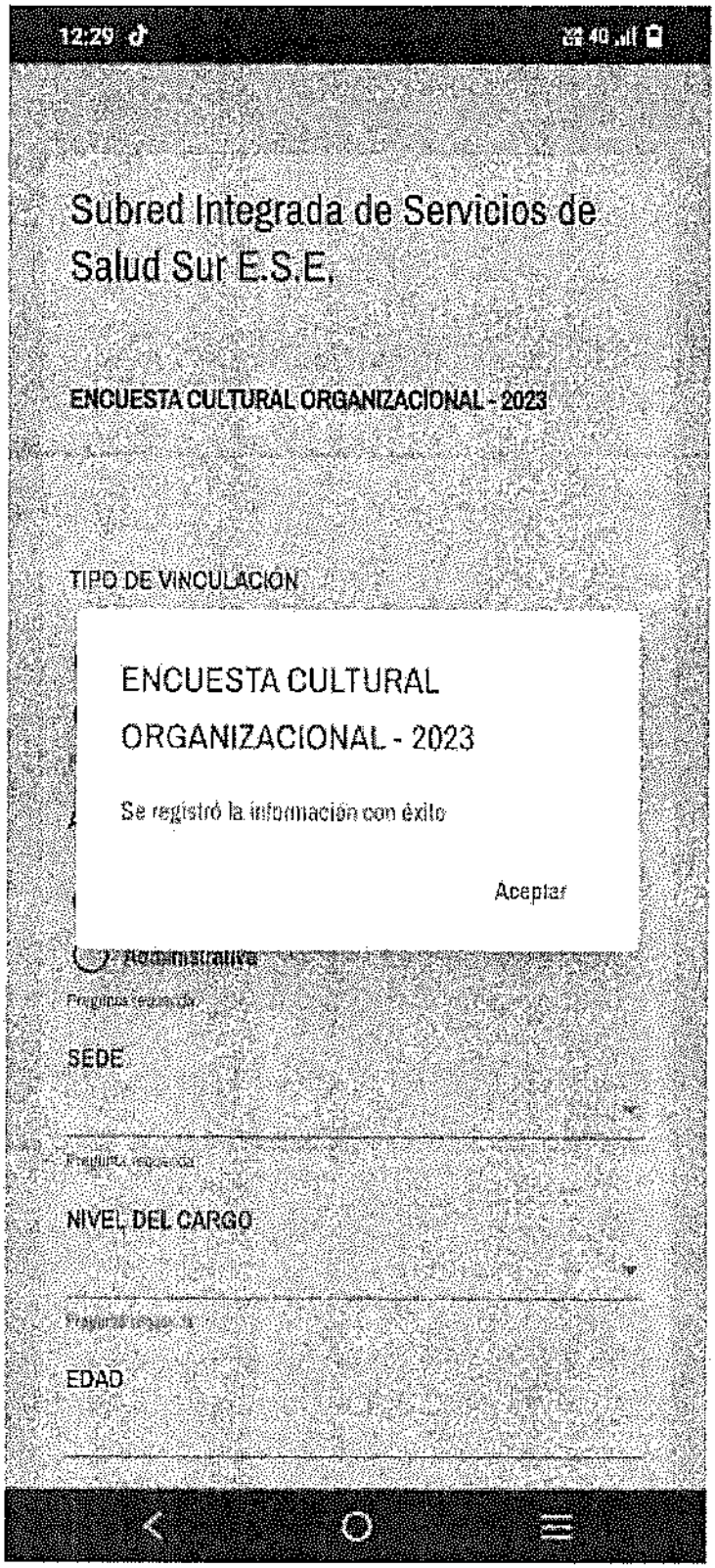
## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CUENTA MARZO CTO 7638-2023.pdf (Archivado) | CUENTA MARZO CTO 7638-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO CTO 4988-2023.pdf | CUENTA MARZO CTO 4988-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL CTO 4988-2023.pdf | CUENTA ABRIL CTO 4988-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 4988-2023.pdf | CUENTA MAYO CTO 4988-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


12:29
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023
TIPO DE VINCULACION
ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023
Se registró la información con éxito
Aceptar
Administrativa
Pregunta requerida
SEDE
Pregunta requerida
NIVEL DEL CARGO
Pregunta requerida
EDAD