| 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:** | 2023-07-01 | **Hasta:** | 2023-07-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | GLORIA STELLA GONZALEZ JIMENEZ | | **Número de Documento:** | 52500170 | |
| **Correo Electrónico:** | SALUDGGONZALEZ@GMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3216856710 | |
| **Nombre del Supervisor:** | EDUARDO CASTILLO CASTILLO | **Cargo:** | PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (INGENIERO QUIMICO CON ESPECIALIZACION) | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4951-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1026 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K31PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 184 | 0 | 25071 | $4613064 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4613064** | **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 4470991 | 1551 |
| 2 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 2 | $ 4613018 | 2123 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
| 1 | MARZO | $ 626775 |
| 2 | ABRIL | $ 4613064 |
| 3 | MAYO | $ 4613064 |
| 4 | JUNIO | $ 4613064 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 9995022 | $ 19079031 | $ 14465967 | $ 4613064 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. realizar y/o acompañar visitas de inspeccion, vigilancia y control sanitario, toma y envio de muestras (si fuera necesario), operativos, en las diferentes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada que le sean designadas, apoyar las jornadas de vacunacion canina y felina a las que sea requerido, y afines al perfil profesional quimico farmaceutico, conforme a lo establecido en los documentos tecnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud (sds), brindando asesoria tecnica a la comunidad en normatividad sanitaria vigente, garantizando el cumplimiento de las metas asignadas por la institucion. | -Realizar actividades de apoyo administrativo en la linea de medicamentos seguros | -Actas de reunion |
| 2 | 2. presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. | - Realizar informe trimestral | - Envío de informe trimestral para consolidación del componente |
| 3 | 3. 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. | - Realizar actividades de apoyo a la linea de medicamentos seguros. | - Drive con cronograma actualizado. |
| 4 | 4. 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 intervencion donde sea asignado(a). | - Remitir derechos de petición y solicitudes de visita al talento humano operativo | - Oficio con respuesta a solicitudes y/o derechos de peticion |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 5. 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. | - No se aplicaron planes de mejoramiento para el periodo a certivicar | - No aplica para el periodo a certificar |
| 6 | 6. cumplir con la disponobilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e. | - Cumplir con disponibilidad según solicitud | - No aplica para el periodo a certificar |
| 7 | 7. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.8 las demas acciones que se requierean de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic. | - Verificación, organización y verificación de soportes generados en la linea | - Documentos organizados en carpeta según lo dispuesto en instructivo de custodia de documentos |

## 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 | $ 4613064 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 69390568 | | |
| 2023 | JULIO | 2023 | 07 | 19 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES | $ 1845226 | $ 295236 | $ 295300 |
| Salud | | SURA | | $ 230653 | $ 230700 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 44950 | $ 45000 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 535521 | $ 571000 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 488423449013 |
|---|---|---|---|---|---|

GLORIA STELLA GONZALEZ JIMENEZ
52500170

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


*© Siasur - 2023*

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 | 52500170 | GLORIA STELLA GONZALEZ JIMENEZ | | CALLE 54 A SUR 37A - 11 INT. 8 APTO 602 | 7408773 | saludggonzalez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

**DATOS DE LA PLANILLA**

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-07 | 2023-07 | I | 19/07/2023 | 69330568 | $571.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 230.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 230.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230901 | Old Mutual | 800253055-2 | 295.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 295.300 | 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 | 890903790-5 | 45.000 | | | | 45.000 | 0 | 0 | 45.000 | | | 450 | 45.000 | 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 | 230.700 | 230.700 |
| Pensión | 1 | 295.300 | 295.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 45.000 | 45.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 571.000 | 571.000 |

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 | 52500170 | GLORIA STELLA GONZALEZ JIMENEZ | | CALLE 54 A SUR 37A - 11 INT. 8 APTO 602 | 7408773 | saludggonzalez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | SI |

**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 |
| PERÍODO SALUD | PERÍODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-07 | 2023-07 | I | 19/07/2023 | 69380568 | $571.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el Exterior | IGE | LMA | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. 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 | 52500170 | GONZALEZ JIMENEZ GLORIA STELLA | 59 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | 230901 | 1.845.245 | 295.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.845.245 | 230.700 | 14-11 | 1.845.245 | 3 | 45.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 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*

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA MARZO CTO No 4951-2023.pdf | CUENTA MARZO CTO No 4951-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL CTO No 4951 - 2023.pdf | CUENTA ABRIL CTO No 4951 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO CTO No 4951 - 2023.pdf | CUENTA MAYO CTO No 4951 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO No 4951 - 2023.pdf | CUENTA JUNIO CTO No 4951 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >