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:	RUBY DEL CARMEN RAMIREZ MORENO		**Número de Documento:**	31411549	
Correo Electrónico:	carmelita_2619@hotmail.es		**Número Telefónico:**	3026221903	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6052-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	TECNICO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI0022	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$2674400	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2674400**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-09-30	1	$ 9732142	1788

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 2350798
2	JUNIO	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO

$ 2460448	$ 12192590	$ 4811246	$ 7381344

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Relevar al cuidador (a).	Se realizan las actividades de relevo en los tiempos pautados en el cronograma de trabajo, atendiendo dos relevos por día con una duración de 4 horas por cada sesión	Sistema de información estrategia de relevo subred- sur
2	2. Conocer el Plan de Cuidado que se diseñe, con el fin de Implementarlo.	Conozco el plan de cuidado al agente que requiere el cuidado , con el fin de apoyar a sus diferentes necesidades aportando así a su desarrollo integral	Sistema de informacion estrategia de relevo subred- sur
3	3.Presentarse Oportunamente a cada sesión de relevo programada.	Me he presentado de manera puntal y oportuna con la mayor disposición con el fin de desarrollar actividades óptimas y de calidad	Sistema de información estrategia de relevo subred- sur
4	4. Llevar una bitácora diaria de su labor en cada hogar, incluidas alertas, de manera que esta información pueda ser utilizada para la introducción de correctivos de la intervención.	Se ha llevado un registro diario (Bitácora) de las actividades desarrolladas con el agente que requiere el cuidado con el fin de proporcionar información del mismo en los tiempos que sea requerido	Sistema de información estrategia de relevo subred- sur
5	5.Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en la matriz programática entregada por la Secretaria de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados. Información pueda ser utilizada para la introducción de correctivos de la intervención.	Se ha dado cumplimiento y ejecución a las diferentes obligaciones clausuladas en el contrato de acuerdo a la matriz entregada por la subred-sur. Llevándolas a cabo con total transparencia y calidad con el fin de cumplir con el objetivo del convenio 002/2022 del área EAC RELEVOS y de esta manera atendiendo a la población en los territorios priorizados para su total monitoreo y seguimiento	Sistema de información estrategia de relevo subred- sur

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**	$ 2460448
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1055458471		
2023	**JUNIO**	**2023**	**07**	**13**			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**		

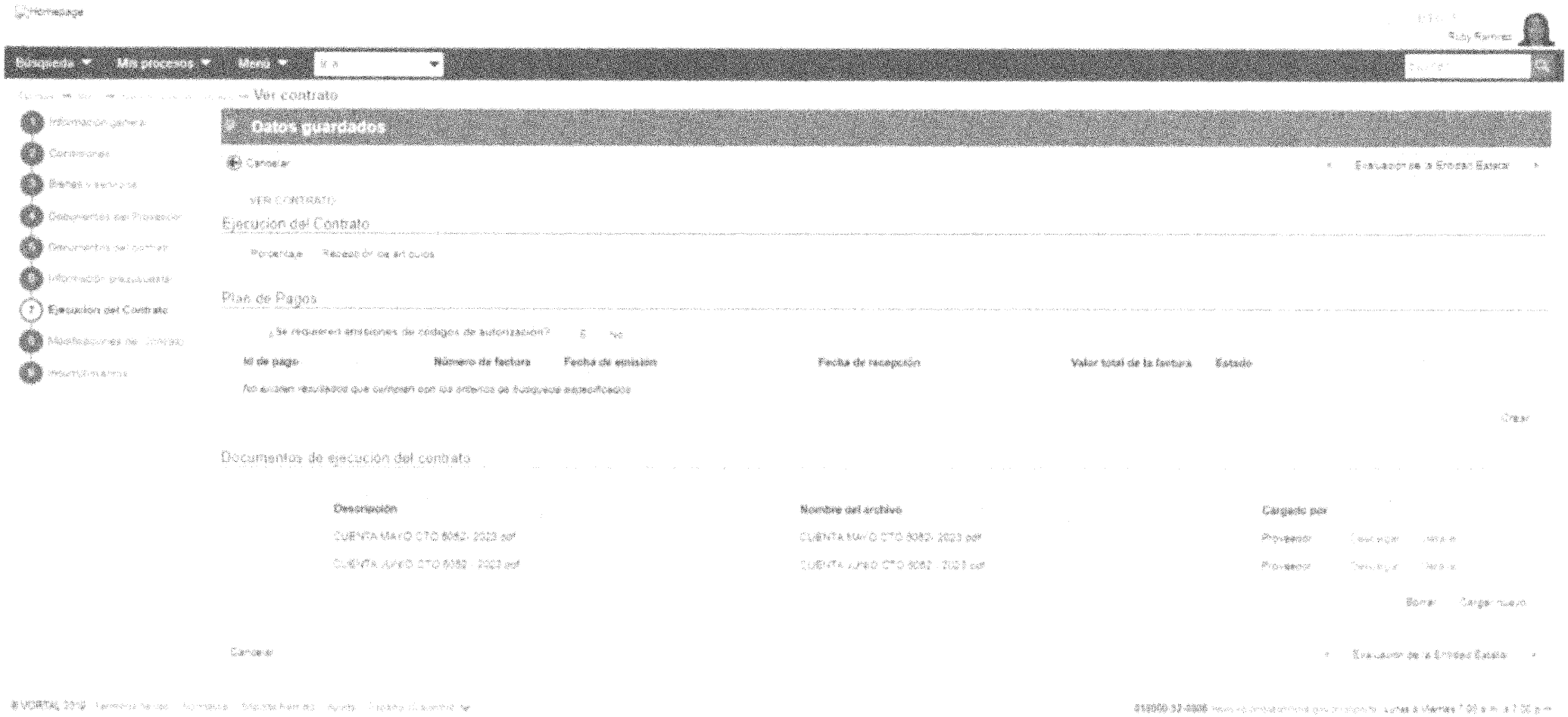
Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		COMPENSAR		$ 145000	$ 145000
ARL	3	COLMENA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 336655**	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24091408327

RUBY DEL CARMEN RAMIREZ MORENO
31411549

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023


Ver contrato
Datos guardados
Cancelar
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Cancelar

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.225-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9893418315 OV: 180128

Cajero: YEPACUPO

Cliente beneficiario:
113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea
Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan

Fecha: 12/07/2023 16:29:05

PS Recaudador:
9041798 SERVIENTREGA CENTRO COMERCIAL
GRAN PLAZA EL ENSUEÑO

Cantidad cupones: 1

Nombre:	rudelcarmen
Apellido 1:	rapiles
NUM PLANILLA:	8866179268
TIPO DE IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION:	3131153
PERIODO:	202306
Referencia	Valor
8866179268	$158,900.00

Valor recibido: $350,200.00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda , estos datos podran ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

Simple

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-07-25, 03: PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1055458471

Periodo Cotización: junio de 2023 Periodo Servicio: junio de 2023 Referencia pago 8868179260

PAGADA 13/07/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RUBY DEL CARMEN RAMIREZ MORENO		
Documento	CC31411549	Dirección	CARRERA 20 F # 64 -54 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7152445
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRO	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ATP	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 Senia	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducio	Total
CC 31411549	RUBY DEL CARMEN RAMIREZMORENO	59	0																		0	30	30	0	COLPENSIONES	$1.160.000	$185.600	COMPENSAR EPS	$1.160.000	$145.000	0.02436	$1.160.000	$28.300	NINGUNA CCF	$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 Senia	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades,licen cias,saldos a Favor	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	$0	$358.900

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE! 1

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

¡El Poder de lo SIMPLE!



VERIFICACIÓN PLANILLA

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido.
Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

