| 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:** | JOHANA BEATRIZ GALINDO INFANTE | | **Número de Documento:** | 1065569773 | |
| **Correo Electrónico:** | johanitainfante@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3004521036 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5166-2023 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K26PI | 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 | $ 4470945 | 1551 |
| 2 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 2 | $ 4613064 | 2123 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 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. desarrollar acciones integrales de promocion de la salud, prevencion de la enfermedad y gestion del riesgo segun curso de vida de acuerdo a las necesidades de la poblacion desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas. | -Se realiza asistencia técnica y acompañamiento en campo con el fin de apoyar a los entornos y equipos de salud publica de terreno y procesos para el abordaje de la dimensión de salud sexual. | - Actas de asistencias técnicas, acompañamientos en campo y listados de asistencia |
| 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 preauditorias y auditorias internas y externas segun requerimiento. | - Cargue en DRIVE mensualmente de los productos entregas para gestión documental | - Cargue en el DRIVE grupal para referente |
| 3 | 3. asegurar la custodia y proteccion de los documentos fisicos y magneticos entregados para la ejecucion de sus actividades. | - Se realiza informe acumulado de los avances y resultados de las asistencias técnicas con los hallazgo encontrados, efectividad de las asesorías técnicas dificultades. | - Informe acumulado de los avances y resultados. |
| 4 | 4. activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activacion de rutas y canalizacion) | - Se realiza priorización de 21 unidades para las intervenciones sobre temas en la dimensión de salud sexual y reproductiva en los servicios de salud | - Listados de las IPS seleccionados para la intervención en la dimensión de salud sexual |
| 5 | 5. informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos5. efectuar la asistencia tecnica en las ips programadas, teniendo en cuenta las directrices estipuladas en la guia operativa de cada accion o programa . | - Se realiza informe mensual de canalizaciones mes vencido | - Informe mensual de canalizaciones |
| 6 | 6. realizar el monitoreo, analisis, seguimiento y evaluacion de los indicadores de cada programa y accion. | - Dar cumplimiento las actividades asignadas | - Actas y listados de asistencia |

| 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** | 4509830006 | | |
| **2023** | **JUNIO** | **2023** | **07** | **25** | | | |
| **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 | PORVENIR | $ 1845226 | $ 295236 | $ 297500 |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 230653 | $ 232400 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 44950 | $ 45400 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 535521** | $ 575300 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 65600025257 |

**JOHANA BEATRIZ GALINDO INFANTE**
**1065569773**

**YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2**


*© Siasur - 2023*

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 7 | 7. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental. | - Se realiza entrega de soportes en medio magnético y físico de manera mensual | - Carpeta con soportes en físico y en cargue en el DRIVE |
| 8 | 8. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic. | -Dar cumplimiento las actividades asignadas | - Actas y listados |



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.493-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9397881447 OV: 553921

Cajero: ARDIDA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 25/07/2023 15:52:02

PS Recaudador:
995714 VALLEPLAZA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1065569773

Nombre: JOHANA
Apellido 1: GALLEGO
Apellido 2: MAR
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 5888888
Codigo Plantilla: 450888888
Periodo Pago: 2023/08
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
1065569773 $575.300,00

Valor recibido: $575.300,00
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 pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio contratado.
Linea de servicio al cliente: (1) 651010
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1065569773 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JOHANA BEATRIZ GALINDO INFANTE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VALLEDUPAR | DEPARTAMENTO: | CESAR |
| DIRECCIÓN: | CALLE 7 B N° 15 22 | TELÉFONO: | 5555555 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4569830006 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | junio AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | 6 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2023/07/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9995157249 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 295.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.100 | $ 0 | $ 295.400 | $ 2.100 | $ 297.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 295.400** | **$ 2.100** | **$ 297.500** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 230.800 | $ 0 | $ 1.600 | $ 0 | $ 230.800 | $ 1.600 | $ 0 | $ 232.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 230.800** | **$ 1.600** | **$ 0** | **$ 232.400** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 45.000 | $ 45.000 | $ 400 | $ 0 | $ 45.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 45.000** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 45.400** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | ADMIN | TOTAL APORTE | ADMIN | TOTAL APORTE | ADMIN | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1065569773 | GALINDO INFANTE JOHANA BEATRIZ | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.846.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.846.000 | $ 295.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 295.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.846.000 | $ 230.800 | $ 0 | $ 230.800 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.846.000 | $ 106556977 | $ 45.000 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 575.300 |
|---|---|

Planilla Pagada

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

Datos guardados

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | MARZO 5166-2023.pdf | MARZO 5166-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 5166-2023.pdf | ABRIL 5166-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 5166-2023 MAYO | JOHANA GALINDO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 5166-2023 JUNIO PDF.pdf | CTO 5166-2023 JUNIO PDF.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >