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:	WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ		**Número de Documento:**	1031131646	
Correo Electrónico:	wyuraniherrera@gmail.com		**Número Telefónico:**	3125191472	
Nombre del Supervisor:	DIANA YANIRA CHIMBI ROJAS	**Cargo:**	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6397-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1771
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI	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		2023-06-20		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-07-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-07-01	2023-08-31	1	$ 0	0
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		JUNIO		$ 1529331	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9226128	$ 9226128	$ 1529331	$ 7696797

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-se realiza búsqueda de menores y adultos para completar esquemas de vacunación de acuerdo a liniemientos SDS	--registros diarios de usuario vacunado , reporte diario total usuarios vacunados.
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 auditorías internas y externas según requerimiento.	--se revisa soportes de registros diarios fisicos , se genera reporte diario en drive de acuerdo a lineamientos o convenios vigentes.	--registros fisicos diarios , reportes drive,
3	asegurar la custodia y protección de los documentos fisicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades	--se crea medios de recolección y organización de datos.	-se crea correo electrónico para uso por equipo, medios de reporte drive Excel.
4	activar los procesos de referencia y contra referencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalización)	--conocer rutas de acuerdo a la necesidad identificada en el usuario	--en el momento no se han presentado
5	informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	--uso de los diferentes medios de comunicación para informar oportunamente novedades del proceso	-- correo electrónico, archivos en drive
6	efectuar la asistencia técnica en los 5 componentes del programa ampliado de inmunizaciones que incluye la adherencia a guías, la evaluación de indicadores del programa, estrategias implementadas para demanda inducida, fidelización de los usuarios capitados, seguimiento a vacunados, funcionamiento del aplicativo pai en las ips públicas (incluida extramural), privadas, partos, particulares y pediatras.	--soportes de acuerdo a linemientos SDS. o convenios vigentes	--a la fecha no se ha solicitado esta actividad , se realiza supervicion ha equipos extramural
7	ejercer monitoreo, análisis, seguimiento y evaluación de los indicadores en todas las vacunas en el menor de 6 años del programa ampliado de inmunizaciones en las ips públicas (incluida extramural), privadas, partos, particulares y pediatras.	--supervision diarios equipo extramural en vehículo o punto de concentración	--registros diarios planilla de vehículo, reportes diarios por equipo vacunador.
8	consolidar el inventario de los elementos y/o equipos de la cadena de frio del 100% de ips públicas (incluida extramural), privadas, partos, particulares y pediatras.	--verificación de acuerdo a lineamiento SDS de insumos de cadena de frio	-a la fecha no se ha solicitado producto

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.10. las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad	--archivos compartidos con supervisor de contrato	--archivos drive o fisicos de acuerdo a solicitud

© Siasur - 2023

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**		$ 1529331
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	69544039			
2023	**JUNIO**	**2023**	**07**	**25**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UNPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	COLFONDOS	$ 1160000	$ 185600	$ 480100
Salud					SÁNITAS		$ 145000	$ 194000
ARL				3	SURA		$ 28258	$ 37900
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 336655**	$ 712000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	10869740701

Yurani Herrera

WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ
1031131646

DIANA YANIRA CHIMBI ROJAS
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

© 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	1031131646	WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ	cra 85 I # 63 b 42	3125191472	wyuraniherrera@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	25/07/2023	69544039	$480.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	191.300	0		0		0	12	2.700	0	194.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	244.800	0	0	0	0	12	3.400	0	248.200	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	37.300				37.300	12	600	37.900			373	37.900	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	191.300	194.000
Pensión	1	244.800	248.200
Riesgos Laborales	1	37.300	37.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	473.400	480.100

PAGADA

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	1031131646	WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ	cra 85 I # 63 b 42	3125191472	wyuraniherrera@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

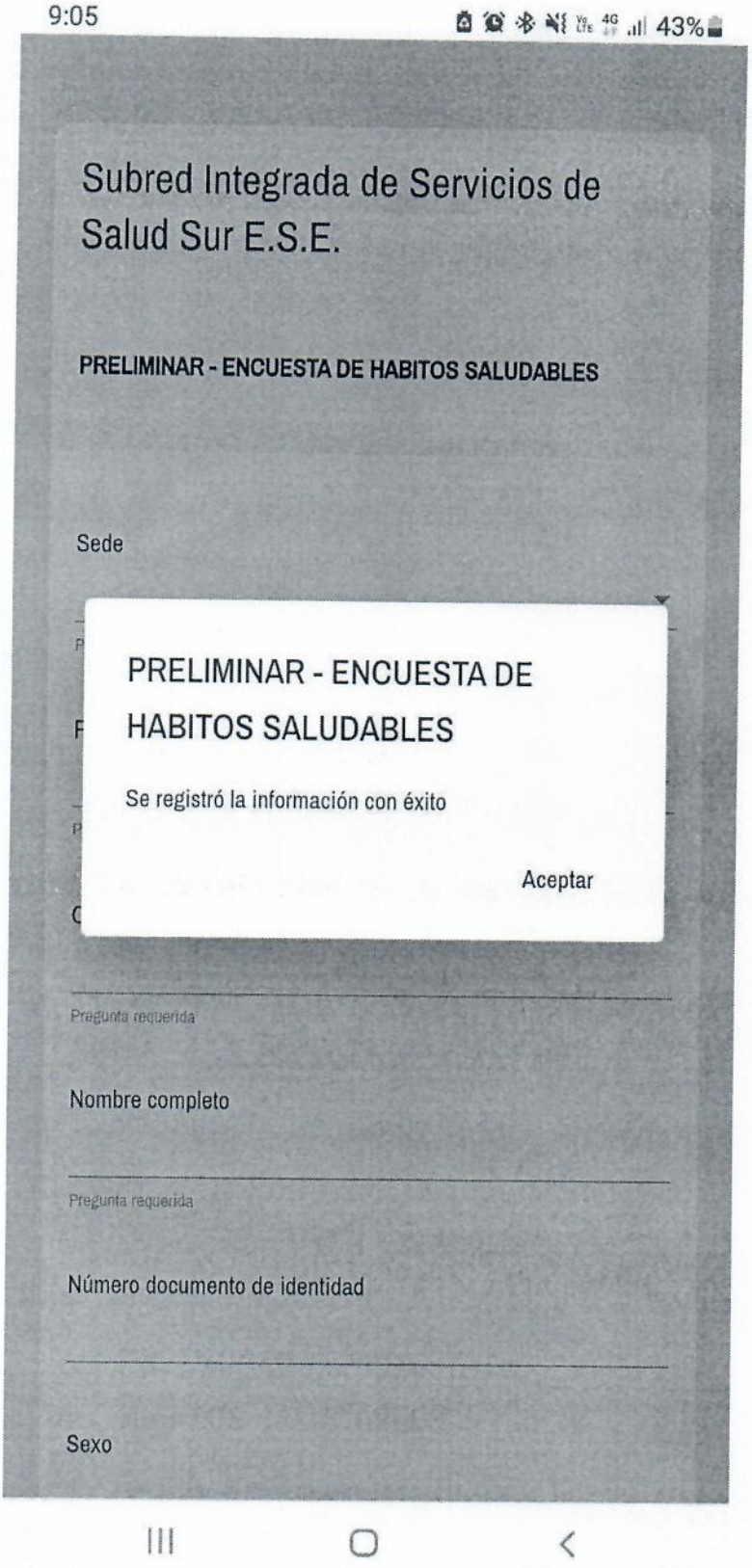
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-06	2023-06	I	25/07/2023	69544039	$480.100

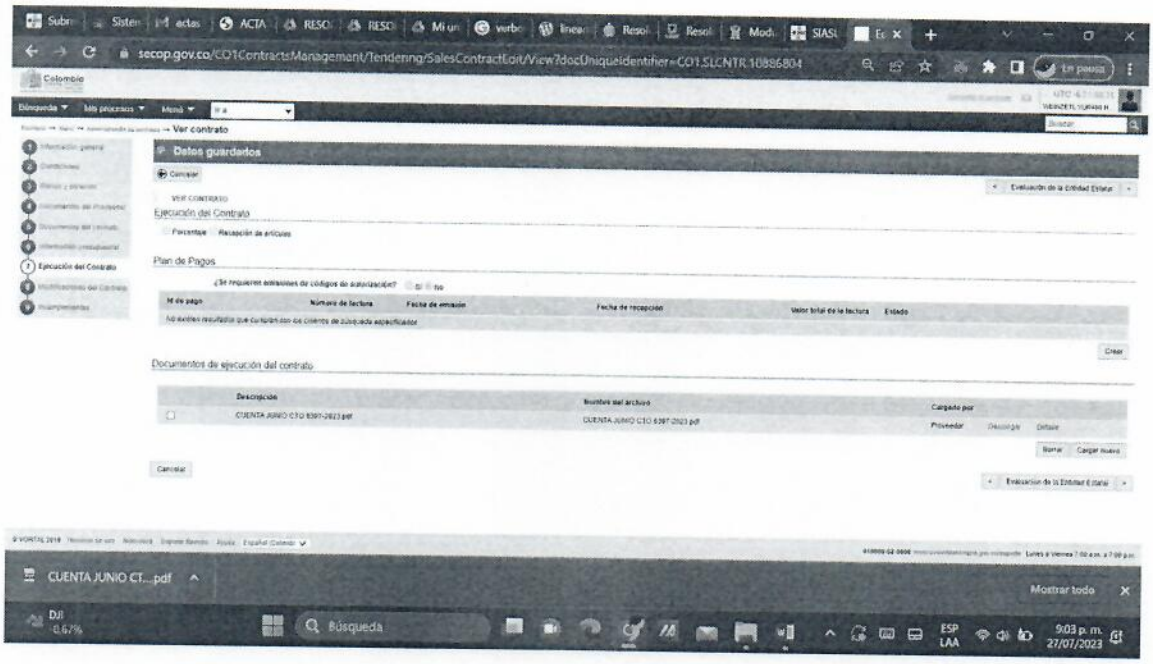
DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	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	1031131646	HERRERA PEREZ WEINZETL YURANI	59	0			N																	231001	1.530.000	244.800	0	0	0	0	EPS005	1.530.000	191.300	14-11	1.530.000	3	37.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


9:05
43%
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
PRELIMINAR - ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES
Sede
PRELIMINAR - ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES
Se registró la información con éxito
Aceptar
Pregunta requerida
Nombre completo
Pregunta requerida
Número documento de identidad
Sexo


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10886804
Ver contrato
Datos guardados
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Documentos de ejecución del contrato
CUENTA JUNIO CT....pdf
Mostrar todo
Búsqueda
ESP
LAA
9:03 p. m.
27/07/2023