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:	EDILBERTO FLOREZ SEGURA		**Número de Documento:**	1013583499	
Correo Electrónico:	florezsegurae@gmail.com		**Número Telefónico:**	3103354992	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6055-2023	**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	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**		

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	$ 9841792	1788
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 2460448	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
S 2460448	S 12302240	S 2460448	$ 9841792

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 duracion de 4 horas por cada sesion.	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 asi a su desarrollo integral	-Sistema de información 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 disposicion con el fin de desarrollar actividades optimas 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 (Bitacora) de las actividades desarrolladas con el agente que requiere el cuidado con el fin de proporcionar informacion 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 Secretaría 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 ejecucion a las diferentes obligaciones clausuladas en el contrato de acuerdo a la matriz entregada por la subred-sur. Llevandolas a cabo con total transparencia y calidad con el fin de cumplir con el objetivo del convenio 002/2022 del area EAC RELEVOS y de esta manera atendiendo a la poblacion 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		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8368061367	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 2460448
2023	MAYO	2023	06	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	COLFONDOS	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		COMPENSAR		$ 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	002300195167

EDILBERTO FLOREZ SEGURA
1013583499

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

Leidy Milena Bautista Amortegui
Adm. Seguridad y Salud
Ocupacional

© Siasur - 2023

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

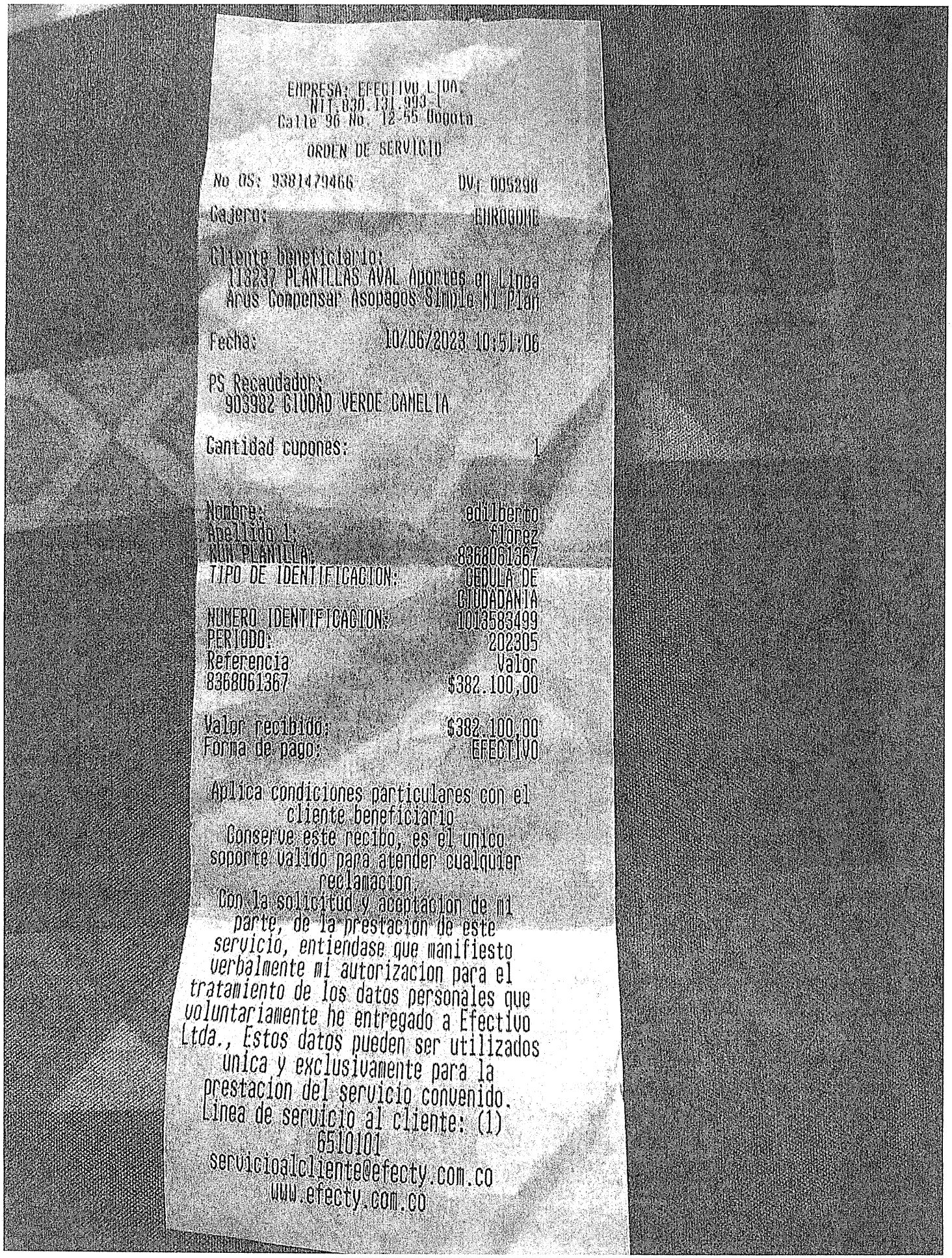
La empresa **Edilberto Florez Segura**, identificada con **CC** número **1013583499**, aportó por el empleado **Edilberto Florez Segura** identificado(a) con **CC** número **1013583499** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2023-5 de la siguiente forma.

CÓDIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	DIAS COT	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN VOLUNTARIO	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERA
EPS008	Compensar EPS	59															0	30	$1,160,000	0.12500	$145,000	$0	$0	Mayo - 2023	8368061367	13/06/2023	No
231001	Colfondos	59															0	30	$1,160,000	0.16000	$185,600	$0	$0	Mayo - 2023	8368061367	13/06/2023	No
14-11	ARL SURA	59															0	30	$1,160,000	0.02436	$28,300	$0	$0	Mayo - 2023	8368061367	13/06/2023	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	59															0	30	$1,160,000	0.02000	$23,200	$0	$0	Mayo - 2023	8368061367	13/06/2023	No

El presente certificado se expide a los 22 días del mes June de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5862-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI056-1



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9381479466 DV: 005290

Cajero: EUROQUME

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

Fecha: 10/06/2023 10:51:06

PS Recaudador:
903982 CIUDAD VERDE CANELIA

Cantidad cupones: 1

Nombre: edilberto
Apellido 1: florez
NUM PLANILLA: 8368061367
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1013583499
PERIODO: 202305

Referencia	Valor
8368061367	$382.100,00

Valor recibido: $382.100,00
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 convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

... Ver contrato

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

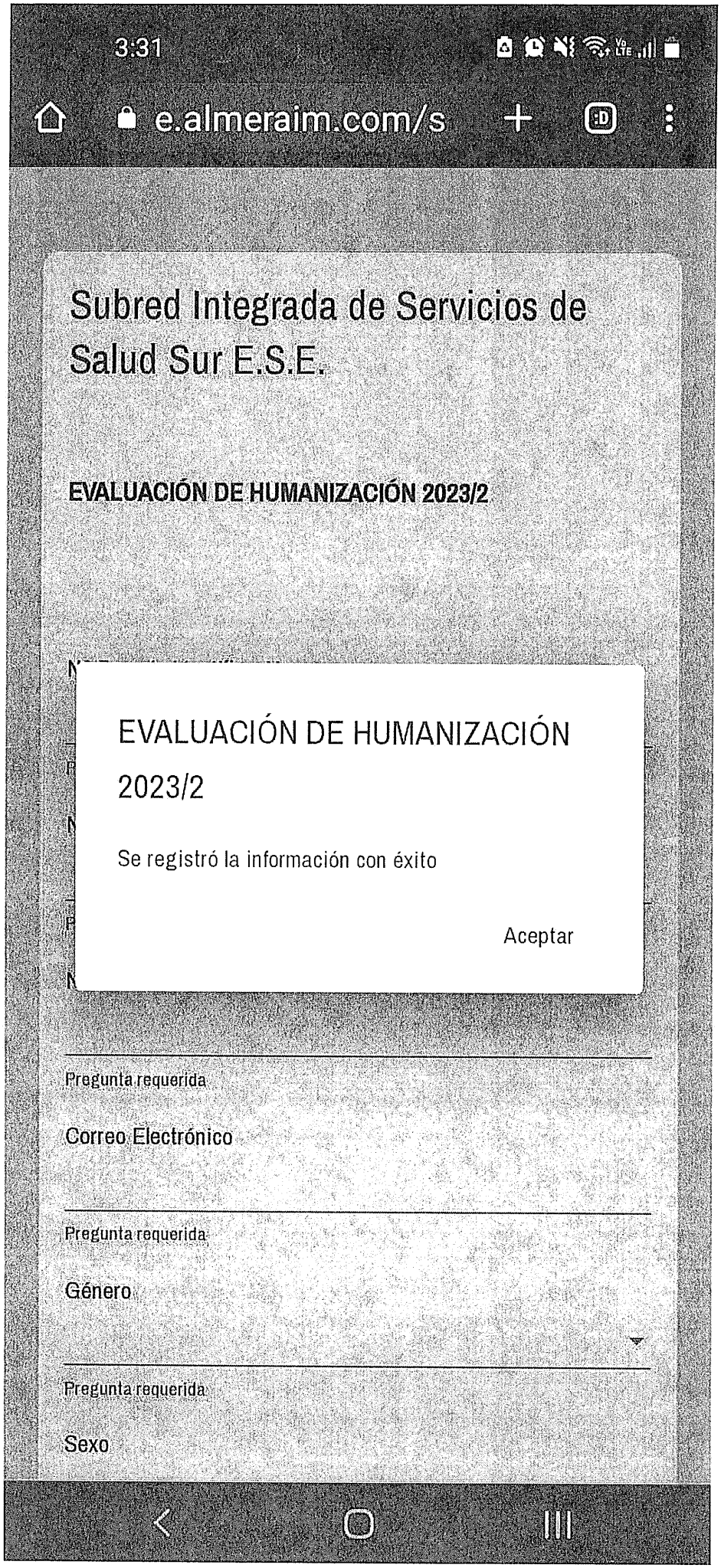
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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 MAYO CTO 6055- 2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 6055- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle


3:31
e.almeraim.com/s
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
EVALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN 2023/2
EVALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN 2023/2
Se registró la información con éxito
Aceptar
Pregunta requerida
Correo Electrónico
Pregunta requerida
Género
Pregunta requerida
Sexo