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:	HEIDY PILAR ALVAREZ BELTRAN		Número de Documento:	52272579	
Correo Electrónico:	PILIALNURSE@YAHOO.COM.AR		Número Telefónico:	3148074843	
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	Cargo:	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5430-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1026
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	7	21729	$4150239	103.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 4150239	CUATRO MILLONES CIENTOCINCUENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-04-10		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	$ 3998136	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 4128642	2123
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	

17

Powered by CamScanner

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	ABRIL	$ 3998136
2	MAYO	$ 3998136
3	JUNIO	$ 3976407

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996140	$ 16122918	$ 11972679	$ 4150239

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	- Se realizan 57 sesiones de formación en procesos educativos.	- FORMATO DE ACTAS Y SOPORTE DE SESIONES COLECTIVAS.
2	2.Programar y desarrollar sesiones educativas en salud sexual y reproductiva de acuerdo a la metodología y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun el grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la Intervencion.	- Se desarrollo la programación de 57 sesiones a fin de establecer educación en Salud.	- FORMATO DE ACTAS Y SOPORTE DE SESIONES COLECTIVAS.
3	3. Fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud sexual y reproductiva	- Durante el desarrollo de las sesiones educativas se fomenta los derechos sexuales y reproductivos.	- FORMATO DE ACTAS Y SOPORTES DE SESIONES COLECTIVAS.
4	4. Realizar la identificacion, caracterizacion, seguimiento y activacion de rutas frente al estado de la gestante y/o lactante.	- N/A	- N/A
5	5. Recibir la canalizacion de los casos identificados por los diferentes entornos para direccionarlos a los procesos del espacio educativo	- Se realiza intervención desde las sesiones colectivas que permiten desarrollar las acciones de notificaciones en salud.	- FORMATO DE ACTAS Y SESIONES COLECTIVAS.
6	6. Registrar la informacion de la gestion efectuada en el aplicativo SIRC.	- N/A	- N/A
7	7. Verificar y remitir al componente correspondiente los casos de esquema de vacunacion incompleto o sin vacuna (Plan Ampliado de Inmunizacion -PAI) en el entorno educativo.	- N/A	- N/A
8	8. Verificar y reportar los casos de no adherencia a Crecimiento y Desarrollo, en el espacio Educativo.	- N/A	- N/A
9	9. Recopilar y consolidar la informacion y presentarla al lider del proceso de canalizaciones de Gestion de Programas de Interes en Salud Publica (GPAISP) y Politicas.	- N/A	- N/A

Powered by CamScanner

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o Institucional.	- Se diligencian los formatos de recolección de información establecidos.	- FORMATO DE ACTAS Y SOPORTE DE SESIONES COLECTIVAS.
11	11. Realizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	- Se diligencian los formatos de recolección de información establecida.	- FORMATOS DE ACTAS Y SOPORTE DE SESIONES COLECTIVAS.
12	12. la pre critica y analisis de las bases de tamizaje nutricional.	- N/A	- N/A
13	13. Fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud alimentaria.	- Durante el desarrollo de las sesiones educativas se fomentan los hábitos de vida saludable.	- FORMATO DE ACTAS Y SOPORTE DE SESIONES COLECTIVAS.
14	14. Entregar de manera oportuno las actividades, productos o informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	- Se diligencian los formatos de recolección de información establecida.	- FORMATO DE ACTAS Y SOPORTE
15	15. Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	- Se diligencian los formatos de recolección.	- FORMATO DE ACTAS Y SOPORTE DE SESIONES COLECTIVAS.
16	16. Organizar y entregar de archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	- Se programan actividades que fueron canceladas y se cumple con los objetivos.	- Fichas de sesiones colectivas completas según cronograma.
17	17. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera con el cumplimiento de los objetivos establecidos.	- N/A	- N/A

Powered by CamScanner

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		$ 3976407
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	69164748			
2023	JUNIO	2023	07	19				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SIETEPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1590563	$ 254490	$ 256000
Salud					COMPENSAR		$ 198820	$ 200000
ARL				3	SURA		$ 38745	$ 39000
Caja de Compensación				NO		Total	$ 491613	$ 495000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	000500070370

HEIDY PILAR ALVAREZ BELTRAN
52272579

SANDRA PATRICIA AMADO REYES
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

Powered by CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): HEIDY PILAR ALVAREZ BELTRAN
No. Identificación: CC52272579
Dirección: CRA 72 BIS NO 25 B 50 INT 6 APTO 408
Telefono: 2637610
Correo: pilialnurse@yahoo.com.ar
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 70019480

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	HEIDY PILAR ALVAREZ BELTRAN
Tipo y número de identificación	CC52272579
Número de planilla	70019480
Fecha pago	2023-08-11
Número de autorización pago	1493898
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2023
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2023
Número de Administradoras	4
Total Pagado	543500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	40200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	264000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	33000	1
EPS008	Compensar EPS	206300	1

70019480

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52272579
APELLIDOS Y NOMBRES: HEIDY PILAR ALVAREZ BELTRAN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1650000	1650000	1650000	1650000	206300	0	264000	0	40200	33000

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	52272579	HEIDY PILAR ALVAREZ BELTRAN	CRA 72 BIS NO 25 B 50 int 6 apto 408	2637610	pilialnurse@yahoo.com.ar	
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
70019480	11/08/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	N	28/08/2023	70379129	$3.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.300	0		0		0	10	100	0	1.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.700	0	0	0	0	10	100	0	1.800	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	300				300	10	100	400			3	400	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	1.300	1.400
Pensión	1	1.700	1.800
Riesgos Laborales	1	300	400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.300	3.600

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	52272579	HEIDY PILAR ALVAREZ BELTRAN	CRA 72 BIS NO 25 B 50 int 6 apto 408	2637610	pilialnurse@yahoo.com.ar	
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
70019480	11/08/2023	N	28/08/2023	70379129	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07				$3.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	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	52272579	ALVAREZ BELTRAN HEIDY PILAR	59	0			N								X								25-14	1.660.500	265.700	0	0	0	0	EPS008	1.660.500	207.600	14-11	1.660.500	3	40.500	CCF24	1.650.000	33.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

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		
☐	CUENTA ABRIL CTO 5430-2023	CUENTA ABRIL CTO 5430-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 5430-2023	CUENTA MAYO CTO 5430-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5430-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5430-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >