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:**	2023-09-01	**Hasta:**	2023-09-30	
Nombre del Contratista:	ANGIE PATRICIA MORA REY		**Número de Documento:**	1033763784	
Correo Electrónico:	angierey1994@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3228942192	
Nombre del Supervisor:	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5098-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	TECNICO 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
K27PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13372	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-03-27		**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	$ 2384686	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2393736	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2460448	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 2460448	2827

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MARZO	$ 334300
2	ABRIL	$ 2460448
3	MAYO	$ 2460448
4	JUNIO	$ 2393588
5	JULIO	$ 2460448
6	AGOSTO	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5330810	$ 15030128	$ 12569680	$ 2460448

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.desarrollar acciones de busqueda activa comunitaria, para identificar poblacion que requiera vacunacion, con sintomatologia relacionada con evento de salud publica	-REALIZAR PROYECCION Y ACTUALIZACION DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ACORDE A LOS PRODUCTOS ESTABLECIDOS	-REPORTE DIARIO CRONOGRAMA
2	2 registrar la informacion de la busqueda activa comunitaria en los instrumentos y/ o sistema establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	-EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORECCTIVAS PLAN MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES, RECOMENDACIONES OBTENIDAS POR PARTE DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO ASIGNADO POR LA SDS, RECOMENDACIONES DEL REFERENTE, EL LIDER Y APOYOS EN PRECRITICAY ACOMPAÑAMIENTO	-PLAN DE MEJORA, ACTA DE PRECRITICA SEGUIMIENTO EN CAMPO
3	3. realizar la activacion de rutas integrales de atencion en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	-CARACTERIZACION FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE RIESGO EN SALUD, DEACUARDO A LAS ACTIVIDADES DE RUTA, NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA,DEACUERDO A LAS ACTIVIDADES Y CRITERIOS ESTABLECIDAD EN EL LINEAMIENTO OPERATIVO	-FORMATOS DE CARACTERIZACON Y TAMIZAJES ESTABLECIDOS CON CALIDAD Y VERACIDAD
4	4. consolidar informes de bloqueos y busquedas activas comunitarias por localidad.	-GESTIONAR RIESGOS IDENTIFICADOS EN LAS FAMILIAS CARACTERIZADAS A PARTIR DE DERIVACIONES EN ACTIVACIONES DE RUTA, NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA, AGENDAMIENTO	-FORMATOS DE ACTIVACIONES DE RUTA Y NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA, LINK DE SOLICITUD DE CITAS
5	5.asistir a comite programa ampliado de inmunizacones local.	-REUNION DE EQUIPOS, COMITÉ ENTORNO HORGAR (2)	- LISTADOS DE ASISTENCIA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamiento establecidos por el proceso de gestion documental de la subred (foliados, rotualdos, en carpeta y formato unico de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	-NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
7	7. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados segun necesidad y oportunidad.	-PARTICIPACION EN PRECRITICA DE LOS PRODUCTOS ASIGNADOS, ASISTENCIA A CAPACITACIONES, REUNION MENSUALES DE ENTORNO Y OTRAS REUNIONES O JORNADAS A LAS QUE SE CONVOQUE	-LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTAS DE REUNIONES
8	8. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de caracter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur e.s.e	-ASISTENCIA A REUNIONES, ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR LA SUBRED Y/O SDS	-LISTADOS DE ASISTENCIA Y ACTA DE REUNIONES
9	9. las demas que sean asignadas por el supervisor del contrato segun la necesidad del servicio.	-NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD.EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO

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**	8370737920		
2023	**AGOSTO**	**2023**	**09**	**08**			
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	PROTECCIÓN	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		FAMISANAR		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 336655**	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	22302518924

ANGIE PATRICIA MORA REY
1033763784

ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO

© Siasur - 2023

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

Señor(a): ANGIE PATRICIA MORA REY
No. Identificación: CC1033763784
Dirección: CRA 19 N 78F 16 SUR
Telefono: 2885278
Correo: ANGIEREY1994@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8370737920

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE PATRICIA MORA REY
Tipo y número de identificación	CC1033763784
Número de planilla	8370737920
Fecha pago	2023-09-08
Número de autorización pago	47128892
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2023
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	358900
Total Intereses de Mora	0

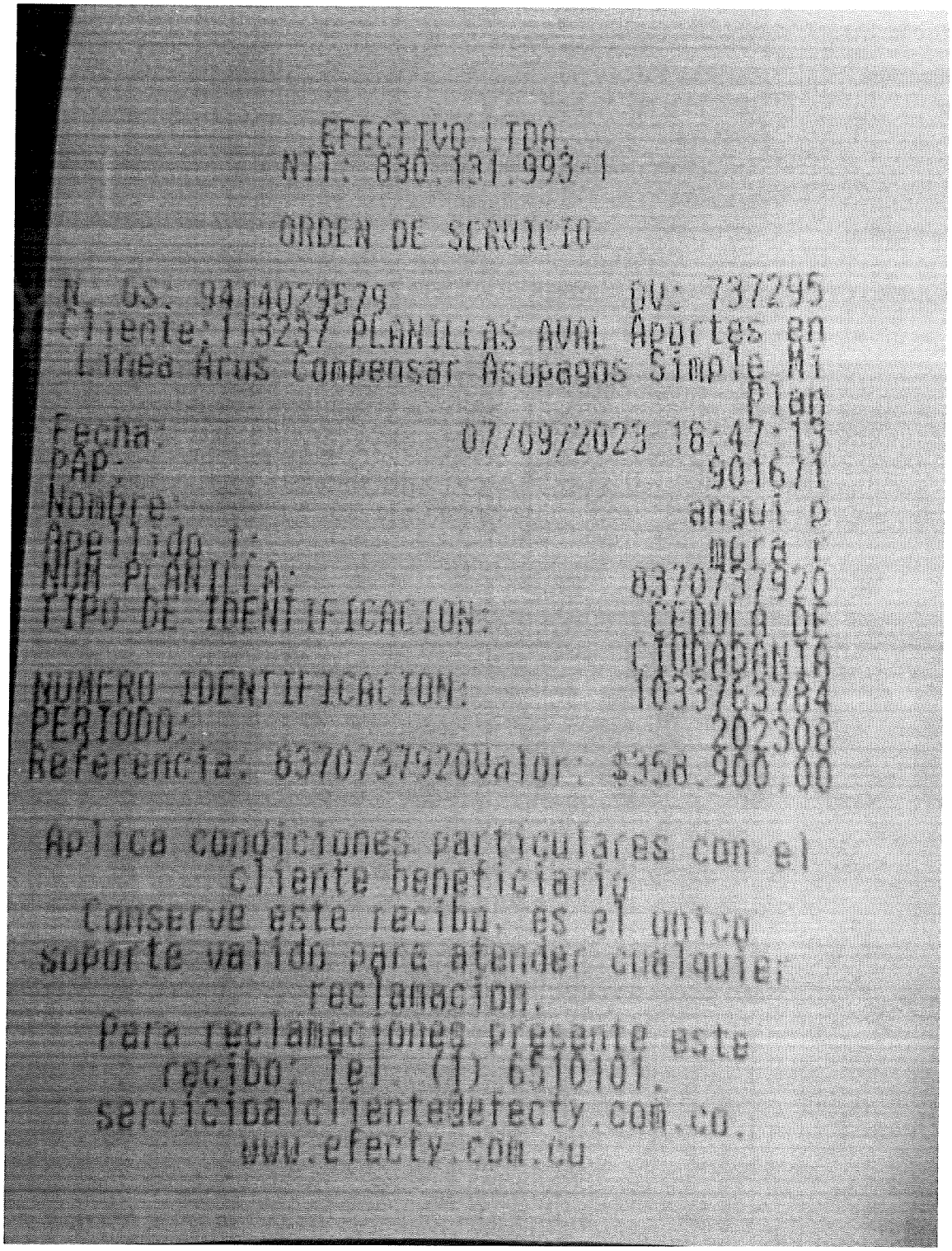
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	28300	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	185600	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	145000	1

PAGADA 8370737920

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033763784
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE PATRICIA MORA REY

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
EPS017	230201	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	28300	0

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



EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

R. OS: 941029579 OV: 737295
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en
Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi
Plan
Fecha: 07/09/2023 18:47:13
PAP: 901671
Nombre: angui p
Apellido 1: mora l
NUM PLANILLA: 83707379 20
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE
CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1033763784
PERIODO: 202308
Referencia: 83707379 20Valor: $358.900,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.
Para reclamaciones presente este
recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalclientedefecty.com.co.
www.efecty.com.co

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 **Ejecución del Contrato**
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evalua

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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_ABRIL_CTO5098-2023.pdf	CUENTA_ABRIL_CTO5098-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_MARZO_CTO 5098-2023.pdf	CUENTA_MARZO_CTO 5098-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_MAYO_CTO 5098-2023.pdf	CUENTA_MAYO_CTO 5098-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO-CTO 5098-2023.pdf	CUENTA JUNIO-CTO 5098-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 2023-5098 JULIO 138317.pdf (Archivado)	Cuenta de Cobro Número 138317.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA JUNIO-CTO-5098-2023.pdf (Archivado)	CUENTA JUNIO-CTO-5098-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO-CTO-5098-2023.pdf	CUENTA JULIO-CTO-5098-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO-CTO 5098-2023.pdf	CUENTA AGOSTO-CTO 5098-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >