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:	NUBIA MARTINEZ MARTINEZ		**Número de Documento:**	1022406481	
Correo Electrónico:	nubiamartinez0424@gmail.com		**Número Telefónico:**	3105713120	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4762-2023	**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
K30PI	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		2023-04-01		**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	$ 2460448	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2460596	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	ABRIL	$ 2460448
2	MAYO	$ 2460448
3	JUNIO	$ 2447076
4	JULIO	$ 2473820
5	AGOSTO	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4920748	$ 14762688	$ 12302240	$ 2460448

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. sistematizar informacion recolectada en las herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	Realizar lectura de los lineamientos establecidos para la vigencia para lograr tener la información clara y de ahí establecer herramientas para el desarrollo de las diferentes actividades.	Medio Magnético Drive.
2	2. diseñar piezas comunicativas de acuerdo a las necesidades identificadas	Se realizan piezas comunicativas como medida de enganche para los centros de escucha para la comunidad, brindando información sobre promoción y prevención en salud al igual que las diferentes dificultades en salud de la comunidad.	Formato 1 A , Formato 2 y Formato de sesiones colectivas.
3	3. realizar consejeria en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rapidas en vih y realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de vih – reactivo y sifilis con resultado positivo.	Se realizan 65 asesoría pre y pos prueba Dúo de VIH ,SIFILIS y 13 de Hepatitis B, cuando se obtiene algún resultado reactivo o positivo para cualquiera de las 3 muestras se realiza seguimiento telefónico para verificar la adherencia al tratamiento medico.	Formato 2 registro individual de pruebas rápidas y entrega de resultados y Formato 3 de canalizaciones.
4	4. realizar intervencion breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificacion identificar el riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones cronicas en los espacios comunitarios.	Se realizan asesorías en salud teniendo en cuenta las temáticas o inquietudes de la comunidad, donde se realiza una investigación si la usuaria presenta barreras de acceso en salud para dar respuesta a las necesidades de las mujeres.	Formato Dime 1 A registro de participantes en actividades de promoción y prevención.
5	5. identificar usuarios sintomaticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios.	Cuando se identifican usuarios sintomáticos respiratorios y sin adherencia a su tratamiento se realiza canalización a la EAPB.	Formato 1A y envió de correo en formato canalizaciones medio magnético.
6	6. realizar asesorias pretest, post-test y tamizaje vih, y test sifilis.	Se realizan asesorías Pretest , Post-test para tamizajes de VIH y sífilis en las diferentes actividades o espacios a mujeres en la localidad de Ciudad Bolívar y Tunjuelito, garantizando la confidencialidad del resultado.	Formato 2 registro individual de pruebas rápidas y entrega de resultados.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. canalizar y activar las diferentes ruta integrales de atencion en salud.	Se realizan canalizaciones y activación de rutas logrando identificar alguna problemática en salud de la comunidad ,se realiza a demanda de los usuarios.	Envió de correo electrónico y formato de canalizaciones medio magnético.
8	8. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	Se realiza entrega del 100 % de los productos establecidos al mes .	Formato 1 A, formato 2 y 3, actas, fichas técnicas, formato de sesiones colectivas, medios magnéticos drive.
9	9. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.	Se realiza entrega del 100 % de soportes físicos con su respectiva revisión de auditoria a gestión documental	Actas y entregas de soportes
10	10. las demas acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic.	Alimentar en medio magnético Base CE MUJER diario y estar a disposición de apoyo a jornadas que se requieran.	Medio magnético drive.

© Siasur - 2023

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	4517641484	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		$ 2460448
2023	AGOSTO	2023	09	14				
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	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud					COMPENSAR		$ 145000	$ 145000
ARL				3	POSITIVA		$ 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	488404255876

Nubia Martinez

NUBIA MARTINEZ MARTINEZ
1022406481

Jeisson Rodrigo Parra Triana
Cc. 80724755
Referente Publico

JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022405481
SOCIAL:			NUBIA MARTINEZ MARTINEZ
k:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
	7777777777	TELÉFONO:	777777
	024 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
NTACIÓN:	ÚNICO		
ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	45176414 84		TIPO DE PLANILLA:		INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/09/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		999825612

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	1	$ 165.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 165.600	$ 0	$ 165.600
									$ 165.600	$ 0	$ 165.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
												$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
								$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: TIPO	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
NEZ NEZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 165.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 165.600

SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000

ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	$10224054 5	$ 28.300

PARAFISCALES: DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 358.900

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

rmación general
ıdiciones
ıes y servicios
:umentos del Proveedor
:umentos del contrato
rmación presupuestal
cución del Contrato
dificaciones del Contrato
ımplimientos

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		
☐	CUENTA ABRIL CTO 4762-2023.pdf	CUENTA ABRIL CTO 4762-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 4762-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 4762-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2023 CTO 4762-2023.pdf	CUENTA JUNIO 2023 CTO 4762-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 4762-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 4762-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 4762-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 4762-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle