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:	DAIRON HESNEIDER PACHECO GOMEZ		**Número de Documento:**	1024599210	
Correo Electrónico:	pachecodairon@gmail.com		**Número Telefónico:**	3144903420	
Nombre del Supervisor:	ADRIANA MARCELA CASTRO BOTELLO	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5035-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	TECNICO I 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
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	18	13372	$2701144	109.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2701144**	**DOS MILLONES SETECIENTOS UN MIL CIENTOCUARENTA Y CUATROPESOS**					

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	$ 2598632	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2460602	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2460448	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 2701144	2827

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MARZO	$ 334300
2	ABRIL	$ 2460448
3	MAYO	$ 2674400
4	JUNIO	$ 2447076
5	JULIO	$ 2473820
6	AGOSTO	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5330810	**$ 15551636**	**$ 12850492**	**$ 2701144**

	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 búsqueda activa comunitaria, para identificar poblacion que requiera vacunacion, con sintomatologia relacionada con evento de salud publica	-SE REALIZA INMUNIZACION A LA POBLACION ENCONTRADA DURANTE LA BAC SEGÚN ESQUEMA INCOMPLETO A LA EDAD	-ENTREGA Y REGISTRO DE SOPORTES
2	2. registrar la informacion de la busqueda activa comunitaria en los instrumentos y/ o sistema establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	-SE REALIUZA REGISTRO DE FORMATOS DE BAC	-FORMATOS DE ENTREGA
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	-SE REALIZA CANALIZACION A DIFERENTES RUTAS. A POBLACION IDENTIFICADA CON NECESIDADES DE ATENCION DURANTE LA BAC	-ENVIO DE SOPORTES
4	4. consolidar informes de bloqueos y busquedas activas comunitarias por localidad.	-REGISTRO DE FORMATOS DE ENTREGA DE BAC REALIZADOS CON DATOS DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA	-ENTREGA DE SOPORTES
5	5.asistir a comite programa ampliado de inmunizacones local.	-REUNION DE EQUIPO, COMITÉ PAI (1)	-LISTA DE ASISTENCIA
6	6. presentar los documentos generados de acuerdo a los lincamiento 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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados segun necesidad y oportunidad.	-PARTICIPACION EN (1) ULC MENSUAL DE VSP	-LISTA DE ASISTENCIA
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	-REUNION DE EQUIPO, COMITÉ PAI (1)	-LISTA DE ASISTENCIA
9	9. las demas que sean asignadas por el supervisor del contrato segun la necesidad del servicio.	-PARTICIPACION EN (1) ULC MENSUAL DE VSP	-LISTA DE ASISTENCIA

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	9455111320		
2023	AGOSTO	2023	09	12			
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		SÁNITAS		$ 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	570473470033746

Dairon Pacheco G

DAIRON HESNEIDER PACHECO GOMEZ
1024599210

ADRIANA MARCELA CASTRO BOTELLO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024599210		PACHECO GOMEZ DAIRON HESNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 69 No 18M - 65	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132379453	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	155736783	9455111320	I	2023/09/05	2023/09/12	BANCO DAVIVIENDA	7	$361,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$145,000**			**$0**	**$0**			**$1,160,000**	**$28,300**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC	1024599210	PACHECO DAIRON	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024599210		PACHECO GOMEZ DAIRON HESNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 69 No 18M - 65	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132379453	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	155736783	9455111320	I	2023/09/05	2023/09/12	BANCO DAVIVIENDA	7	$361,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,500	$0	$187,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$1,500	$0	$187,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$300	$0	$28,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$300	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
TOTAL				**1**	**$358,900**	**$3,000**	**$0**	**$361,900**

Colombia

squeda | Mis procesos | Menú | ir un

... Ver contrato

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

identificación de pago	numero 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_CTO 5035-2023.pdf	CUENTA_ABRIL_CTO 5035-2023.pdf	Proveedor	Descargar	De
☐	CUENTA_MARZO_CTO 5035-2023.pdf	CUENTA_MARZO_CTO 5035-2023.pdf	Proveedor	Descargar	De
☐	CUENTA_MAYO_CTO 5035-2023.pdf	CUENTA_MAYO_CTO 5035-2023.pdf	Proveedor	Descargar	De
☐	CUENTA_JUNIO_CTO 5035-2023.pdf	CUENTA_JUNIO_CTO 5035-2023.pdf	Proveedor	Descargar	De
☐	CUENTA_JULIO_CTO 5035-2023.pdf	CUENTA_JULIO_CTO 5035-2023.pdf	Proveedor	Descargar	De
☐	CUENTA_AGOSTO_CTO 5035-2023.pdf	CUENTA_AGOSTO_CTO 5035-2023.pdf	Proveedor	Descargar	De