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:	EHIDY YORFADY RAMIREZ MELO		**Número de Documento:**	1023008052	
Correo Electrónico:	ERM-2@HOTMAIL.ES		**Número Telefónico:**	3057933123	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6002-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	BACHILLER Y-O - TECNICO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

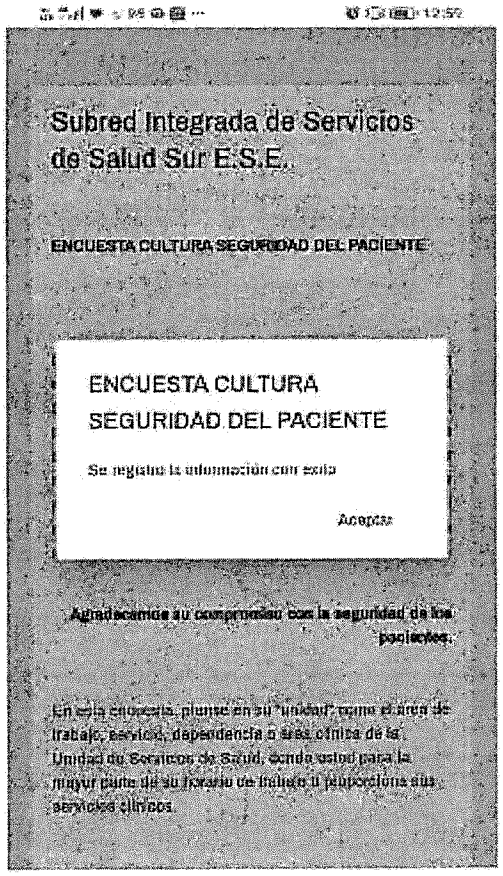
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

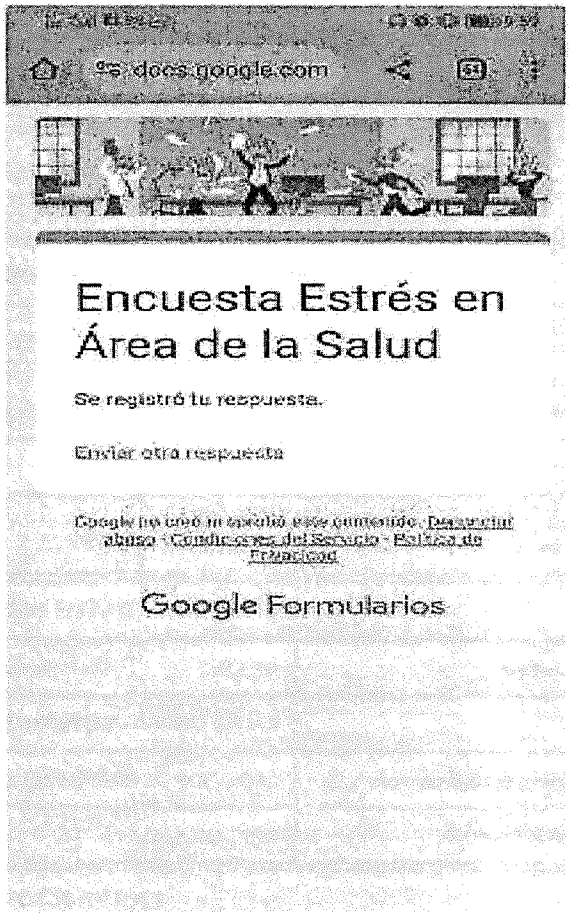
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$1845152	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1845152**	**UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS**		

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	$ 7380608	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 1845152	2836

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 1845152
2	JUNIO	$ 1845152







Evaluación para la medición de apropiación del conocimiento de la Política de Integridad, Conflicto de Intereses, Antisoborno y Anticorrupción - Tercer trimestre

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JULIO	$ 1845152
4	AGOSTO	$ 1845152

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1845152	**$ 11070912**	**$ 7380608**	**$ 3690304**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Apoyar e implementar los procesos asignados como Gestor Comunitario en con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidos en los planes de acción.	--Realizar abordajes con los lideres o representantes de los sectores catastrales, para abordar el lugar	-Abordaje en territorio
2	2. Apoyar los procesos del componente ó respuesta integradora según requerimiento del Lider del componente ó respuesta integradora.	--Realizar búsqueda de casos remitidos en base de ruteo en casos en donde no este el dinamizador	-Registro fotográfico, y Base de Ruteo
3	3. Organizar y desarrollar las tareas asignadas en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento. Acercamiento, empatía y vínculo en el contexto de una pedagogía para la salud.	-Entrega de Piezas comunicativas a la comunidad y representantes	-Abordaje en territorio, entrega de piezas comunicativas
4	4. Revisar y entregar de manera oportuna cronogramas de trabajo, productos e informes según indicaciones técnicas.	-Realizar acompañamiento en creación de cartas de lideres comunales.	-Entrega de cartas a lideres Comunales, planillas de soporte
5	5- Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud.	-Realizar actividades complementarias, en acompañamiento, lo realización de documentos para el abordaje	-Instrumentos físicos para abordar a la comunidad
6	6. Verificar los productos presentados deben cumplir con atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Generar espacios de acompañamiento en la realización o entrega de documentos o apoyos para intervenir el territorio	-Entrega de actas, informes o piezas comunicativas
7	7. Realizar la revisión de los lineamientos técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos.	--Acompañamiento en reuniones de abordaje a secretaria de salud , para conocer entregables, calidad y oportuna entrega de los mismos	-Capacitaciones y acompañamiento en entregables
8	8. Revisar y organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	-Recopilar datos, y necesidades de la comunidad, con el fin de priorizar el territorio o población ene especifico	-Carpetas en drive con información de predios visitados
9	9. Apoyar e informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-informar algún cambio en el sector ya sea catastral , social o de salud	-Reporte de Novedades

© Siasur - 2023

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10.Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a 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.	-Realizar abordaje previo en el sector, dar a conocer el modelo de atención territorial, y evaluar posibles prioridades y manera de abordar a l territorio o población	-Abordaje en territorio
11	11.Las demás actividades propias del objeto contractual.	Realizar actividades complementarias, acompañamiento a equipo medico, divulgación en barrios, entrega de piezas comunicativas, evaluar cambios en los sectores catastrales	-Incursión en territorio, reporte de novedades
12	12.Las demás actividades propias del objeto contractual.	--Acompañamiento al equipo de abordaje, realización de actividades complementarias	Entrega de documentos, soportes o demás evidencias en el proceso

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	$ 1845152
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8370303582		
2023	AGOSTO	2023	09	12			

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		FAMISANAR		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 336655**	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	083474171

Ehidy R.

EHIDY YORFADY RAMIREZ MELO
1023008052

Ciciana Martinez O

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Certifica que:

EHIDY YORFADY RAMÍREZ MELO

C.C.1023008052

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

Q j p 2 7 G Y H F q

Bogotá salud digital
Rápido, fácil y seguro para todos

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

BOGOTÁ

"La presente constancia de asistencia se expide conforme a lo definido en el Decreto 1075 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Educación Artículo 2.6.6.8. Educación informal"

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 JUNIO CTO 6002-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 6002-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 6002-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 6002-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 6002-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 6002-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Teléfono
300-600-01-00 (tel:3006000100)

Mail
escribe@nequi.co ()

Pagos PSE de Nequi

Pago Realizado

Descripción

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Referencia de pago
154558330

Precio
$358,900

Referencia Nequi
M5700000

Número de referencia 1
45.238.183.11

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1023008052

¿De donde salió tu plata?

Disponible

Entendido

Imprimir

Ayuda
(https://ayuda.nequi.com.co/hc/es/articles/11116508345229)

¿Tienes alguna pregunta?

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	1023008052	EHIDY YORFADY RAMIREZ MELO	Cll81 sur no 6 c10 este	3057933123	erm-2@hotmail.es	
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-08	2023-08	I	12/09/2023	70303582	$358.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Extranjero	RIG	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	1023008052	RAMIREZ MELO EHIDY YORFADY	57	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1023008052	EHIDY YORFADY RAMIREZ MELO	Cll81 sur no 6 c10 este	3057933123	erm-2@hotmail.es	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-08	2023-08	I	12/09/2023	70303582	TOTAL A PAGAR	
					$358,900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	145,000	0		0		0	0	0	0	145,000	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
230301	Porvenir	800224808-8	185,600	0	0	0	0	0	0		185,600	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	28,300				28,300	0	0	28,300			283	28,300	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	145,000	145,000
Pensión	1	185,600	185,600
Riesgos Laborales	1	28,300	28,300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358,900	358,900

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