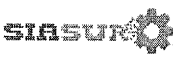
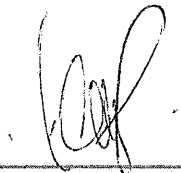


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-09-01	Hasta:	2023-09-30		
Nombre del Contratista:	NIKOL VIVIANA PANADERO ESCALANTE		Número de Documento:	1033788008		
Correo Electrónico:	nikolviviana2@gmail.com		Número Telefónico:	3153495285		
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL	Código Grado:	-	
DATOS DEL CONTRATO						
No. Contrato:	6014-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1394	
Perfil:	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	Procentaje(%) Centro de Costos		
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	\$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		2023-05-05		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	\$ 9841792	1790	
2	2023-09-01	2023-10-31	2	\$ 2406048	2837	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar		
1		MAYO		\$ 2406048		
2		JUNIO		\$ 2460448		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	JULIO	\$ 2460448	
4	AGOSTO	\$ 2460448	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 2460448	\$ 14708288	\$ 9787392	\$ 4920896
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1-Constatar permanente disponibilidad del kit diagnóstico, servicio de transporte, insumos, elementos de protección personal, dotación, asignación de usuarios de registro y consulta a la Historia Clínica Digital.	-Se constato la disponibilidad de todos los insumos requeridos por cada profesional	-inventarios, ordenes y solicitudes, bases de asignaciones y actas de entrega
2	2- Llevar cuenta del estado y del inventario del kit diagnóstico, con el fin de solicitar reposición de insumos y/o mantenimiento o calibración de los equipos.	-se realiza inventario mensual de la disponibilidad de equipo biomédico y se reportan fallas con biomédica	-inventario de equipos
3	3-Garantizar la disposición de la papelería necesaria para la operación de los grupos y llevar registro de entrega de la misma.	-se imprime diariamente la papelería y ordenes medicas requeridas por cada profesional	-actas de entrega
4	4- Llevar registro de la entrega semanal de elementos de protección personal e insumos necesarios para la ejecución de las acciones en campo de los EAC.	-se entrega semanalmente los elementos de proteccion personal requeridos para salir a terreno	-actas de entrega
5	5-Realizar cronograma para la asignación de los vehículos a los EAC.	-se realiza semanalmente la programacion de vehiculos requeridos	-cronograma de vehiculos
6	6.Realizar el proceso de encuesta a través de llamada telefónica, respetando las preguntas y opciones de respuesta definidas, y diligenciar el formulario definido para la recolección de la información.	-se realizaron las encuestas asignadas mensualmente	-base de encuestas
7	7. Gestionar los procesos de archivo y custodia de los documentos que soportan las acciones.	-se archivan diariamente la papeleria entregada por cada profesional	-formato fuid de archivo
8	8-Las demás actividades propias del objeto contractual.	-asistencia a comites de cuidado, apoyo en reuniones, organizacion de salones comunales para reuniones, realizacion de actas para reuniones	-listados 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	70278853				
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	\$ 186300
Salud						FAMISANAR		\$ 145000	\$ 145500
ARL					3	SURA		\$ 28258	\$ 28400
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 336655	\$ 360200
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	488413257558		



NIKOL VIVIANA PANADERO ESCALANTE
1033788008



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1033780008	NIKOL VIVIANA PANADERO	DG 35 17-39	3153485285	nikolviviana2@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I- Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	08/09/2023	70278853	\$360.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Total a Pagar
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	145.000	0		0		0	145.500
								500	1

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	80029739-0	185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.300	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora		
Salud	1	145.000		
Pensión	1	185.600		
Riesgos Laborales	1	28.300		
CCF	0	0		
ESAP	0	0		
ICBF	0	0		
MEN	0	0		
SENA	0	0		
TOTALES	3	358.900		

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033788008	NIKOL VIVIANA PANADERO ESCALANTE	DC 35 17-39	3153495285	nikolviviana2@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLAOS 1
					UPC 0
					TOTAL A PAGAR
PERIODO SALUD 2023-08	2023-08	I	08/09/2023	70278853	\$360.200

DETALLE POR COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES								
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Costante	Exclusivo	Excluyente	Cobro externo	COMERCIO										Cotización	Voluntario o 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	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
							INL	ACT	APF	VAC	LVA	RE	ALN	VST	VSP	APF																			
CC	1033788008	PANADERO ESCALANTE NIKOL VIVIANA	59	0														0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			

PAGADA

 Atrás

Fecha: 8/09/23

Valor -\$360,200

Descripción

Compra COMPENSAR-OI

Categoría

Retiros y Transferencias

Subcategoría

Otros

Valor

-360200

☒ Incluir en ingresos y gastos

 Añadir división

Cancelar

Modificar

Cancelar

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

Ejecución del Contrato

VER CONTRATO

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

? Se requieren emisiones de

☐ SI ☒ No

códigos de autorización?

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 CTO 7032-2022.pdf	Proveedor
☐	CUENTA MAYO CTO 6014-2023.pdf	Proveedor
☐	CUENTA JUNIO CTO 6014-2023.pdf	Proveedor
☐	CUENTA JULIO CTO 6014-2023.pdf	Proveedor
☐	CUENTA AGOSTO CTO 6014-2023.pdf	Proveedor

Detalle

Descargar

Proveedor

CUENTA ABRIL CTO 7032-2022.pdf

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Cancelar



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Certifica que:

NIKOL VIVIANA PANADERO ESCALANTE

C.C.1033788008

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

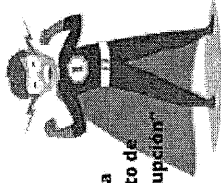


Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud



*"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"*

Conoce y vive nuestra nueva
"Política de Integridad, Conflicto de
Intereses, Antisoborno y Anticorrupción"



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

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](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Considerando la importancia en la transformación cultural de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en el marco de la seguridad del paciente, nos permitimos invitarlos a realizar la encuesta de seguridad donde acorde al resultado podremos validar cuál es la percepción de cultura de seguridad y generar estrategias que nos den la opción de incrementar el mejoramiento continuo. Se preservará la confidencialidad y solo serán unos minutos.

Agradecemos su compromiso con la seguridad de los pacientes.

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta respondida

2. ¿A que Dirección y/o Proceso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. hace parte?

Pregunta respondida

3. ¿Cuál es el área, proceso, servicio donde trabaja la mayor parte de su jornada laboral?

Pregunta respondida

4. ¿Cuál es su perfil profesional?

Pregunta respondida

DEFINICIONES