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:	VILMA GRACILIANA CARDOZO GONZALEZ		**Número de Documento:**	52854949	
Correo Electrónico:	vilmacardozog@gmail.com		**Número Telefónico:**	3186944189	
Nombre del Supervisor:	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4472-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	25071	$4613064	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4613064**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA 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	$ 4470945	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 4613064	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 4613064	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 4613064	2827

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MARZO	$ 626775
2	ABRIL	$ 4613064
3	MAYO	$ 4613064
4	JUNIO	$ 4613064
5	JULIO	$ 4613064
6	AGOSTO	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9995022	$ 28305159	$ 23692095	$ 4613064

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. desarrollar acciones integrales de promocion de la salud, prevencion de la enfermedad y gestion del riesgo segun curso de vida de acuerdo a las necesidades de la poblacion desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas.	--SE REALIZA ACTIVIDADES DE ACUERDO AL PLAN DE ACCIÓN ESTIPULADO CON EL LÍDER DEL PROGRAMA	--SOPORTES SEGÚN ACTIVIDAD REALIZAD
2	2. garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorias y auditorias internas y externas segun requerimiento.	---SE REALIZA VALIDES Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LAS BASES DE DATOS DE RESIDENCIA E INFORMACIÓN DE KARDEX	--SE DEJA SOPORTE EN ACTA DEL SEGUIMIENTO REALIZADO
3	3. asegurar la custodia y proteccion de los documentos fisicos y magneticos entregados para la ejecucion de sus actividades.	--SE ENTREGA SOPORTES EN FÍSICO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	----SE ENTREGA ACTAS DE REUNIÓN Y ASISTENCIAS TÉCNICA
4	4. activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activacion de rutas y canalizacion)	---SE REALIZA PROCESO SEGÚN NECESIDAD DE LOS PACIENTES Y CONTACTOS ENCONTRADOS EN LAS VISITAS .	----SE ENTREGA DE SOPORTES DE ACTIVIDAD
5	5. informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	-- A LA FECHA NO SE HA PRESENTADO NOVEDAD	- NO SE HA PRESENTADO NOVEDAD

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6-. verificar que ips son sujetas a asistencia tecnica mediante la revision de tableros de indicadores de captacion y exito en el tratamiento de casos.	----SE REALIZA SEGUIMIENTO EN LA IPS	----SE DEJA EN ACTA LA ACTIVIDAD REALIZADA
7	7. realizar programacion y cronograma de asistencia tecnica a ips que cuenten con diagnostico de casos acorde a metodo de priorizacion prevista en el documento orientador de los programas de control de tb y lepra.	----SE REALIZA ASISTENCIAS TÉCNICA SEGÚN CRONOGRAMA Y ASISTENCIAS TÉCNICAS SEGÚN PRIORIZACION	--SE ENTREGA SOPORTES DE ACTIVIDAD
8	8. realizar ejecucion de la asistencia tecnica a los prestadores de servicios de salud acorde al formato establecido por el nivel distrital, realizando observacion de los diferentes componentes establecidos en los programas de control de tb y hansen.	--SE REALIZAN 4 ASISTENCIAS TÉCNICAS DE TB Y HANSEN	-SE ENTREGA SOPORTES EN FÍSICO DE LA ACTIVIDAD
9	9. realizar seguimiento al componente de sistemas de informacion y tablero de control metas de semaforizacion (tb y hansen).9. realizar asistencia tecnica esquemas de tratamiento circular 007 de 2015 y 055 de 2016 del msps y demas normativas de los programas nacionales de interes en salud publica tb y hansen.	---SE ENTREGA SOPORTE EN ACTA DE ACTIVIDAD REALIZADA EN LAS IPS PUBLICAS Y PRIVAD	---SE ENTREGA SOPORTES EN FÍSICO DE LA ACTIVIDAD
10	10. realizar identificacion de casos de tuberculosis, hansen y sus contactos, asi como casos de etv, a traves de los sistemas de informacion de reporte de sivigila, programas, o reporte directo recibido de casos de tb por las ips, espacios de vida cotidiana u otros procesos transversales para la coordinacion sectorial de atencion con los prestadores de servicios de salud y coordinado con las eapb.	---SE REALIZA ACTIVIDAD DESARROLLADA CON TB Y HANSEN SEGÚN REPORTES Y CASOS GEORREFERENCIADOS.	---SE ENTREGA SOPORTES.
11	11. realizar referencia y contra referencia de casos de tb, hansen y etv en los niveles local, interlocal e interdepartamental para garantizar la continuidad en la administracion de medicamentos a las personas, a traves del seguimiento telefonico y visitas domiciliario acorde a los lineamientos nacionales y distritales en casos y seguimiento a contactos segun normatividad de cada programa.	----SE REALIZA ACTIVIDAD SEGÚN NECESIDAD DE LOS CASOS CON CAMBIARON DE RESIDENCIA.	----SE REALIZA PROCESO SE ENTREGA EN MAGNÉTICO
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.13. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic.	---ACTIVIDAD REALIZADA AL FINALIZAR EL MES.	---SE ENTREGA SOPORTES

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**		$ 4613064
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	70454657			
2023	**AGOSTO**	**2023**	**09**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1845226	$ 295236	$ 295300
Salud					SALUD TOTAL		$ 230653	$ 230700
ARL				3	SURA		$ 44950	$ 45000
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 535521**	$ 571000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	488402464116

VILMA GRACILIANA CARDOZO GONZALEZ
52854949

Yizeth M. Roncancio G.

YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2

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	52854949	VILMA GRACILIANA CARDOZO GONZALEZ	cra 6 a este n 30 - 05	3186944189	vilmienfer03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	70454657	$571.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPENSACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	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	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52854949	CARDOZO GONZALEZ VILMA GRACILIANA	59	0			N																	230301	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS002	1.845.226	230.700	14-11	1.845.226	3	45.000		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	52854949	VILMA GRACILIANA CARDOZO GONZALEZ	cra 6 a este n 30 - 05	3186944189	vilmienfer03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	11/09/2023	70454657	TOTAL A PAGAR	
					$571.000	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	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	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	571.000

PAGADA

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

Gmail

vilma cardozo <vilma.cundinamarcatb@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 153151735

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de septiembre de 2023, 8:37
Para: VILMACARDOZOG@gmail.com



¡Hola, VILMA CARDOZO

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 153151735
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 571.000
Fecha de Transacción: 11/09/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 19:52:17
VILMA CARDOZO GON...

Configuraciones del usuario
VILMA GRACILIANA CARDOZO GONZÁLEZ
GATO: 0700339

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

29 Sep, 2023(UTC -5) 19:52:17

Salir

Búsqueda | Mis procesos | Menú | ir un

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **ver contrato**

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

datos guardados

Cancelar

< Eval

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	4472-MARZO-23-VILMA C.pdf	4472-MARZO-23-VILMA C.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4472 -VILMA CARDOZO .ABRIL-2023.pdf	4472 -VILMA CARDOZO .ABRIL-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4472-VILMA C . MAYO.2023.pdf	4472-VILMA C . MAYO.2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4471 -VILMA C - JUNIO 2023.pdf	4471 -VILMA C - JUNIO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4472-VILMA CARDOZO-JULIO 2023 (4).pdf	4472-VILMA CARDOZO-JULIO 2023 (4).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4472.VILMA C. AGOSTO.2023.pdf	4472.VILMA C. AGOSTO.2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Quitar seleccionado | Subir nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >