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:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA		**Número de Documento:**	52933951	
Correo Electrónico:	ANAGUTIERREZ981@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3104805235	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4839-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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	21729	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

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	$ 3998136	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 3998268	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 3998136	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 3998136	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 3998136	3089

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ABRIL	$ 3998136
2	MAYO	$ 3998136
3	JUNIO	$ 3976407
4	JULIO	$ 4019865
5	AGOSTO	$ 3998136
6	SEPTIEMBRE	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996140	$ 27986952	$ 23988816	$ 3998136

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. orientar con charlas educativas para el cuidado, mitigacion y prevencion del contagio de covid-19 en poblacion general y diferencial	Realizar IEC en las Localidades de Ciudad Bolivar y Tunjuelito para el fortalecimiento de protocolos de bioseguridad y autocuidado para la prevención del contagio del Virus COVID-19, ruta de aseguramiento, tipos de autocuidados y temas de interés en salud para personas DE y En Calle.	Acta, diligenciamiento de matriz, ficha técnica y listado de asistencia
2	2. realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de vih – reactivo y sifilis con resultado positivo.	Asesoría Psicosocial y acompañamiento a casos de VIH- reactivo y sífilis con resultado positivo para gestión en atención en salud en la Localidad de Ciudad Bolívar y Localidad Tunjuelito.	Formato 1A
3	3. implementar espacios comunitarios para el abordaje del consumo sustancias psicoactivas, movilizacion de red de recursos institucionales y comunitarios.	Participar en Jornadas de autocuidado lideradas por la Secretaria de Integración Social en la Localidad de Ciudad Bolívar y Localidad de Tunjuelito para Ciudadanos habitantes de calle. Participación en las micro jornadas de autocuidado en la unidad de Idipron del Perdomo para ciudadanos habitantes de calle.	Actas y Listados de Asistencia
4	4. identificar el riesgo por medio de la herramienta assist, audit. (ligado a una intervencion breve, entrevista motivacional.	Asesorías Psicosociales e IEC enfocadas en la mitigación del Consumo de SPA, autocuidado, propósitos de vida, consecuencias del consumo de SPA , desde las acciones enfocadas del centro de Escucha HC.	Formato 1A
5	5. canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementacion del modelo integral de atencion en salud (mias), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	Envió de canalizaciones para activación de rutas o solicitud de servicios sociales, de acuerdo a las necesidades y/o problemáticas de los Ciudadanos habitantes de calle.	formato de canalización

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. aplicar las herramientas de captacion de informacion de acuerdo a los lineamientos establecidos en el marco del convenio pic, y propios de la institucion.	Participación en: Reunión de Equipo, Planeación de acciones, Reunión con los delegados de políticas y las convocadas por la secretaria de salud.	Listados de asistencia
7	7. generar escucha activa en espacios comunitarios para la promocion de habitos saludables, con cuidadoras y lideres, para generar procesos para la autogestion, la autonomia, el empoderamiento en practicas de cuidado y auto cuidado.	Realizar Escuchas activas con los ciudadanos habitantes de Calle y en calle, sensibilizándolos en el autocuidado, autoconocimiento, autonomía, fortalecimiento de habilidades con el fin de aportar a su mejoramiento en la calidad de vida.	Formato 1A
8	8. buscar acciones de rehabilitacion integral e inclusion (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, politica, cultural), de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores.	Activación de Rutas a ofertas a nivel interinstitucional para acceder a los servicios de IDIPRON y Secretaria Distrital de Integración Social para procesos de rehabilitación. Asesorías en temas de interés de acuerdo a la necesidad dada en el abordaje con el usuario	Formato 1A ,Canalizaciones
9	9. realizar el seguimiento presencial y no presencial a cada persona con discapacidad psicosocial asociada a trastorno mental y/o a un familiar o cuidador de esta.	Activación de Rutas a servicios de salud, acorde a las necesidades identificadas en los Ciudadanos habitantes de Calle	Actas y listados de asistencia
10	10. fortalecer habilidades psicosociales adaptativas para un buen trato buscando la prevencion de violencia intrafamiliar, violencia por razones de genero y prevencion de otros eventos como la conducta suicida y la violencia entre barras futboleras, a fin de promover la convivencia social y la salud mental	Realizar acciones de educación en áreas de prevención en salud, mitigación de discriminación y estigmatización teniendo en cuenta el enfoque de derechos y enfoque diferencial. Asesorías psicosociales y abordajes enfocados en fortalecer las habilidades psicosociales y promover la convivencia social.	Formato 1A
11	11. socializar la linea 106 "linea de ayuda, intervencion psicosocial y/o soporte en situacion de crisis" y sus canales de atencion.	Realizar acciones de IEC y socialización de piezas informativas con las líneas de prevención y acompañamiento psicológico.	Formato Sisco A1
12	12. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.	Se realiza entrega del 100% de los soportes físicos realizados en el mes acorde a los lineamientos de gestión documental.	Acta de entrega de productos
13	13. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	Ejecución de centro de escucha habitanza en calle en las localidades de Ciudad Bolívar y Tunjuelito	Formato Sisco A1
14	14. las demas acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic.	Cumplir con las demás acciones que se requieran de acuerdo a las necesidades PIC.	Formatos requeridos

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**		$ 3998136
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	7896188481			
2023	**SEPTIEMBRE**	**2023**	**10**	**10**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1599254	$ 255881	**$ 256000**
Salud					SÁNITAS		$ 199907	**$ 200000**
ARL				3	POSITIVA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 495000**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488422024809

ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA
52933951

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

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52933951
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 14 ESTE N 30 - 17	TELÉFONO:	8211923
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7696188481		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2023		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO	2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/10/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		211341120

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230351	230351-PORVENIR	1	$ 258.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 258.000	$ 0	$ 258.000
SUBTOTALES:										$ 258.000	$ 0	$ 258.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
SUBTOTALES:													$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 39.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 39.000
SUBTOTALES:									$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 39.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52933951	GUTIERREZ VEGA ANA ZORLEY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.600.000				NO																	230351-PORVENIR	30	1.600.000	$ 258.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 258.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.600.000	$ 52933951	$ 39.000	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 495.000

Planilla Pagada

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

< 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 2023- CTO - 4839-2023.pdf	CUENTA ABRIL 2023- CTO - 4839-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2023 -CTO 4839-2023.pdf	CUENTA MAYO 2023 -CTO 4839-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2023 -CTO 4839-2023.pdf	CUENTA JUNIO 2023 -CTO 4839-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2023 -CTO 4839-2023.pdf	CUENTA JULIO 2023 -CTO 4839-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2023 -CTO 4839-2023.pdf	CUENTA AGOSTO 2023 -CTO 4839-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2023 -CTO 4839-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2023 -CTO 4839-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >