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:	FLOR MYRIAM DIAZ GONZALEZ		**Número de Documento:**	52874625	
Correo Electrónico:	diazmyriam37@gmail.com		**Número Telefónico:**	3115074267	
Nombre del Supervisor:	DIANA YANIRA CHIMBI ROJAS	**Cargo:**	ENFERMERO 243 CODIGO GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3529-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SAN BENITO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$2460374	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460374**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATROPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-04-01	2023-06-30	1	$ 321918	1347
2	2023-06-01	2023-07-31	2	$ 0	0
3	2023-07-01	2023-08-31	3	$ 2460448	2124
4	2023-08-01	2023-09-30	4	$ 2460300	2422
5	2023-09-01	2023-10-31	5	$ 2460448	2834

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 2299415
2	MARZO	$ 2299415
3	ABRIL	$ 2299415
4	MAYO	$ 2460374
5	JUNIO	$ 2460374
6	JULIO	$ 2460374
7	AGOSTO	$ 2460374
8	SEPTIEMBRE	$ 2460374

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11497075	$ 21660489	$ 19200115	$ 2460374

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Utilizar las medidas, elementos de proteccion personal y explicar el proceso de aplicacion del biologico al usuario cumpliendo los lineamientos de vacunacion segura y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales.	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida.	-Se Genera canalizar con solicitud especifica.
2	2. Desarrollar el proceso de asesoria al usuario que se va a vacunar contra el COVID-19 para el diligenciamiento del formato de consentimiento informado.	-Asistencia y participación en cada una de las concentraciones proyectadas según micro plantación.	-Acta de participación y asistencia.
3	3. Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfeccion de las neveras, termos, cavas entre otros	-Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos, protocolos,	-Entrega de formatos en tiempo real.
4	4. Diligenciar el registro diario de vacunacion (fisico o magnetico) de acuerdo con los formatos enviados por el MSPS y diligenciar los documentos que se requieran con forme los lineamientos tecnicos del proceso que se este apoyando, organizar y entregar el archivo.	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida basados en la Necesidad del usuario.	-Se Genera canalizar con solicitud especifica.

5	5. Monitorear los usuarios en la sala de observacion, con el fin de identificar precozmente la presencia de un ESAVI – ya sea leve o grave para activar el protocolo de urgencias en caso de presentarse una eventualidad. Primer respondiente	-Se Genera canalizar con solicitud especifica.	-Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activación de ruta según la necesidad

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. 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	-Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extra mural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extra murales	-Formato SIS 150.
7	7. 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	Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura	-Formato diligenciado con calida y veracidad.
8	8. Garantizar la custodia y proteccion de los documentos fisicos y magneticos entregados para la ejecucion de sus actividades	Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental.	-Acta de asistencia y participación .
9	9. Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activacion de rutas y canalizacion).	-Registro con información clara y veraz en el registro de las vacunas en cada formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico.	-Sis de registro diario
10	10. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	-Actualización y registro con calidad de los usuarios vacunados en el seguimiento telefónico realizado por cohortes según asignación de la profesional extramural	-Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados
11	11. Busqueda activa de poblacion pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunacion en jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunacion	-Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas.	- Carpetas con formatos debidamente organizada y foliada según protocolo de gestión documentos
12	12. Participar activamente en los espacios de fortalecimiento tecnico convocados por la institucion o por la SDS.	-Dar cumpliendo a las actividades asignadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplaneacion diaria.	-Asistencia y participación en las actividades dia
13	13. Desarrollar las actividades de vacunacion dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institucion y del programa Ampliado de Inmunizaciones	NA	NA

14	14. Prestar servicios de atencion e intervencion integral al usuario con calidad, oportunidad y humanizacion	NA	NA
15	15. Realizar acciones de apoyo a la operacion del plan nacional de vacunacion contra el COVID –	NA	NA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
16	16. - Implementar los procesos asignados con criterios de calidad a fin de dar cumplimiento a los objetivos y las metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas.- Asistir a procesos de fortalecimiento tecnico para el desarrollo adecuado y con calidad de los procesos en salud publica.. "	NA	NA

Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**		
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1107605927	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**	$ 2460374
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	13			

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATROPESOS**

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	$ 187000
Salud		NUEVA EPS		$ 145000	$ 146000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28600
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 336655**	$ 361600

NFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4870380864

Flor Myriam Díaz

FLOR MYRIAM DIAZ GONZALEZ
52874625

DIANA YANIRA CHIMBI ROJAS
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52874625
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FLOR MYRIAM DIAZ GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 43C NO 68F - 42 SUR	TELÉFONO:	7189260
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:			1107605927	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/10/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996241459

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 185.600	$ 1.400	$ 187.000
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 1.400	$ 187.000

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 145.000	$ 1.100	$ 0	$ 146.100
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 1.100	$ 0	$ 146.100

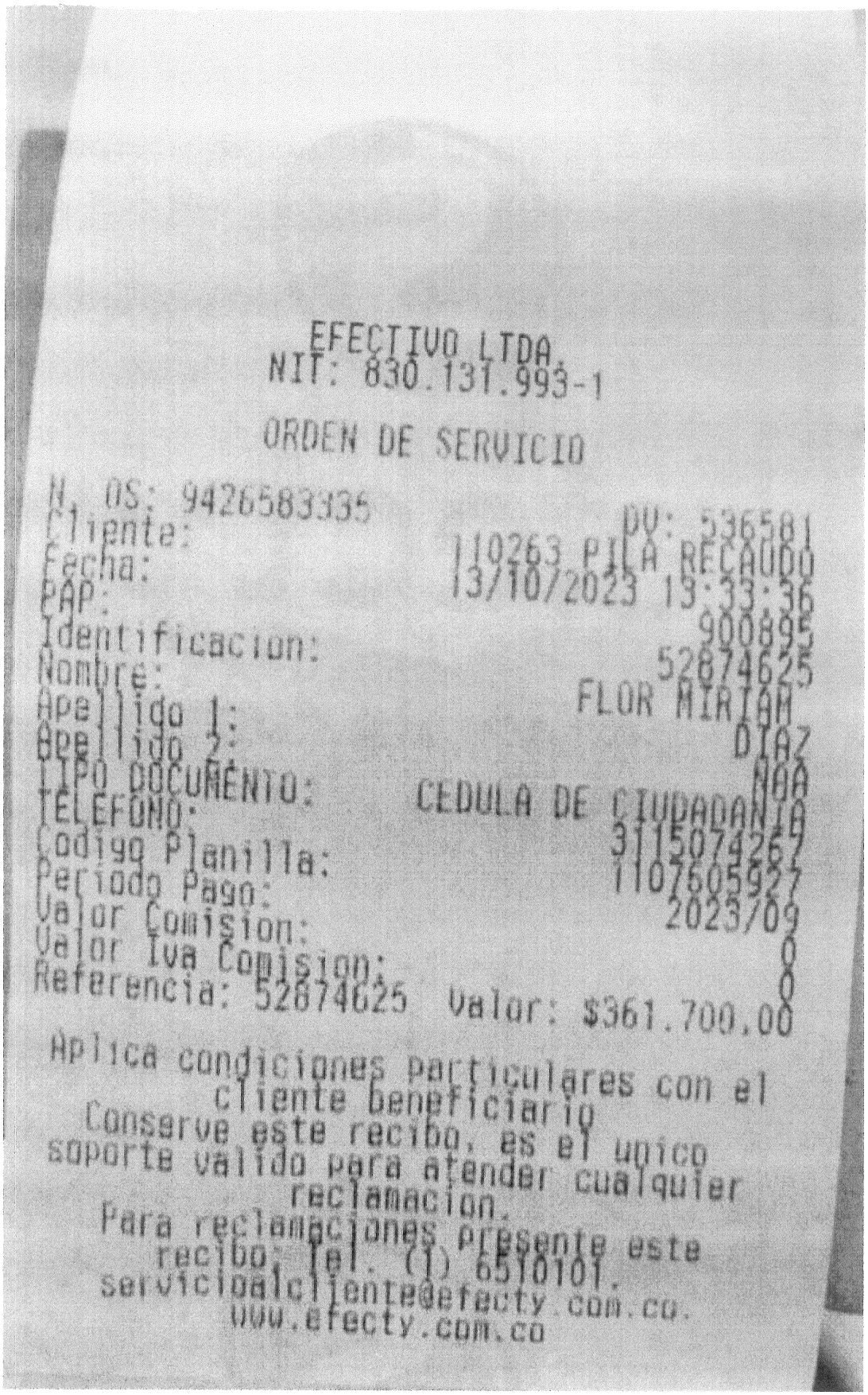
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 300	$ 0	$ 28.600
SUBTOTALES:									$ 28.300	$ 300	$ 0	$ 28.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD								ARP															
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETENCIÓN TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52874625	DIAZ GONZALEZ FLOR MYRIAM	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.160.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	$ 52874625	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 361.700



EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9426583335
Cliente: DV: 5365B1
Fecha: 110263 PILA RECAUDO
PAP: 13/10/2023 13:33:36
Identificacion: 900895
Nombre: 52874625
Apellido 1: FLOR MIRIAM
Apellido 2: DIAZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3115074267
Codigo Planilla: 1107605927
Periodo Pago: 2023/09
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 52874625 Valor: $361.700,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co