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:	VIVIANA CAROLINA GAMBOA FORERO		**Número de Documento:**	53007409	
Correo Electrónico:	VICAGAFO@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3173036816	
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4284-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K29PI819	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	PIC	184	0	28414	$5228176	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5228176**	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA 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	$ 4356825	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 5228316	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 5228176	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 5228176	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 5228176	3089

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ABRIL	$ 5228176
2	MAYO	$ 5228176
3	JUNIO	$ 5199762
4	JULIO	$ 5256590
5	AGOSTO	$ 5228176
6	SEPTIEMBRE	$ 5228176

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11327563	$ 36597232	$ 31369056	$ 5228176

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	-58 seguimientos para la mitigación de eventos prioritarios en salud mental en la comunidad educativa.	-Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno Educativo.
2	2. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.
3	3. realizar intervencion a los casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificacion por parte de las instituciones educativas de acuerdo al lineamiento.	-58 seguimientos para la mitigación de eventos prioritarios en salud mental en la comunidad educativa.	-Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno Educativo.
4	4. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis	-Socialización de líneas de apoyo en los seguimientos y soporte emocional a cada uno de los seguimientos programados para el mes 58 seguimientos.	-Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno Educativo.
5	5. realizar fortalecimiento a los docentes frente a la identificacion de eventos en salud mental	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.
6	6. orientar y canalizar a la poblacion de acuerdo a las necesidades y si hay lugar efectuar remision a los servicios de salud y/o sociales.	-Canalizaciones a los casos que presentaron signos de alarma en salud mental para las acciones realizadas en el mes para el producto de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental según requerimiento y demanda.	-Formato de canalización en magnético enviado al proceso de canalizaciones del entorno educativo.

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**	$ 5228176
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71047210		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	04			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS**		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 2091270	$ 334603	$ 334700
Salud		SURA		$ 261409	$ 261500
ARL	3	SURA		$ 50943	$ 51000
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 606928**	$ 647200

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	570004870294438

VIVIANA CAROLINA GAMBOA FORERO
53007409

SANDRA PATRICIA AMADO REYES
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53007409	VIVIANA CAROLINA GAMBOA FORERO		CARRERA19FN71B13S UR	7901321	vicagafo@gmail.com	
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	04/10/2023	71047210	$647,200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	261,500	0		0		0	0	0	0	261,500	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
231001	Colfondos	800227940-6	334,700	0	0	0	0	0	0		334,700	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	800211350-9	51,000				51,000	0	0	51,000			510	51,000	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	261,500	261,500
Pensión	1	334,700	334,700
Riesgos Laborales	1	51,000	51,000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	647,200	647,200

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53007409	VIVIANA CAROLINA GAMBOA FORERO		CARRERA19FN71B13SUR	7931321	vicagafo@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	04/10/2023	71047210	$847,200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE							INFORMACION NOVEDADES																PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Dep.	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Tarifa Especial	IGE	LMA	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLE	IGE	LMA	CORRECCION	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o AFC mes	Voluntario Aportante	Fondo pensiones de solidaridad	Fondo pensiones de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase Riesgos	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	53007409	GAMBOA FORERO VIVIANA CAROLINA	59	0			N																231001	2.091.300	334.700	0	0	0	0	EPS010	2.091.300	261.500	14-11	2.091.300	3	51.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

Cancelar

< Evalua

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Numero de factura	Fecha de emision	Fecha de recepcion	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de busqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripcion	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 4284-2023.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 4284-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO CTO 4284-2023.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CTO 4284-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO-CTO 4284-2023 .pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO-CTO 4284-2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO JULIO-CTO 4284 -2023 .pdf	CUENTA COBRO JULIO-CTO 4284 -2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO 4284-2023.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO 4284-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE CTO 4284-2023.pdf	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE CTO 4284-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >