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:	MIRYANY ROJAS HERNANDEZ		**Número de Documento:**	52768324	
Correo Electrónico:	mirya.rojas0325@gamil.com		**Número Telefónico:**	3115740422	
Nombre del Supervisor:	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5350-2023	**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
K27PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	37	28414	$6279494	120.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6279494**	**SEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-03-31		**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	$ 5067170	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 5228321	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 5228176	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 6279494	2827

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MARZO	$ 340968
2	ABRIL	$ 5228176
3	MAYO	$ 5597558
4	JUNIO	$ 5199762
5	JULIO	$ 5256590
6	AGOSTO	$ 5228176

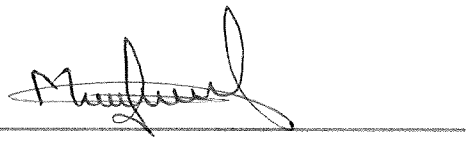
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11327563	**$ 33130724**	**$ 26851230**	**$ 6279494**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar apropiacion conceptual de los lineamientos y fichas tecnicas que se establezcan para cada convenio por parte de sds	-Realizar lectura y apropiación conceptual de lineamientos (documento operativo, fichas técnicas, lineamiento GESI, caja de herramientas) entregados por la Secretaría Distrital de Salud. -	-Acta de apropiación conceptual.
2	2. dar linea tecnica a las intervenciones realizadas por los profesionales a cargo con el fin de garantizar el cumplimiento en las efectividades de la operacion, identificando aspectos a mejorar.	-Brindar linea tecnica a profesionales según lo establecido en lineamientos para cada producto	-Acta de apropiación conceptual.
3	3. asistir a reuniones convocadas desde secretaria distrital de salud (sds)	-Participar en espacios de reunión convocadas desde el nivel central	-Actas y listados de asistencia.
4	4. convocar, alistar y desarrollar la sesion mensual de seguimiento y asistencia tecnica convocada por el referente del entorno, donde participa la totalidad del talento humano.	-Apoyo al proceso de alistamiento, convocatoria y ejecución de la reunión mensual de fortalecimiento con todos los colaboradores que hacen parte del entorno hogar.	-Actas y listados de asistencia.
5	5. participacion en mesas territoriales de salud por localidad, en el marco del direccionamiento estrategico para la gsp	-Participar en espacios de reunión local y mesas territoriales con el fin de avanzar en la organización, planeación, seguimiento y evaluación de las acciones integradas.	--Actas y listados de asistencia.
6	6. generar informes diarios reportando las acciones desarrolladas desde el entornos acorde a la solicitud desde sds	--Elaboración de informes, reportes, matrices, indicadores y demás de acuerdo a producto asignado del entorno hogar ya solicitud de SDS. -	--Plan de acción.
7	7. realizar seguimiento al plan de accion de las actividades a desarrollar mensualmente dispuestas para los equipos interdisciplinarios	--Realizar seguimiento mensual al plan de acción establecido en los productos del entorno hogar	--Plan de acción.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. validar los procesos de prescritica a las bases y matrices con captura de informacion del desarrollo de las actividades ejecutadas por los tecnicos y profesionales.	--Realizar recepción de productos y proceso de precrítica a los mismos, como también retroalimentación a los equipos operativos ya las bases de datos.	--Actas de precrítica y recepción de productos
9	9. verificar datos e informacion consignada en las bases dispuestas para el entorno, con el fin de asegurar un dato con criterios de calidad	--Formulación y ejecución de acciones preventivas, correctivas y/o plan de mejoramiento producto de evaluaciones y recomendaciones del equipo de seguimiento de la SDS, referencia y líder acorde a necesidad.	--Planes de mejoramiento
10	10. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la sds, recomendaciones del referente y el lider.	-Diligenciamiento, organización y entrega de soportes de las actividades realizadas de acuerdo a los requisitos dados por gestión documental teniendo en cuenta la calidad y veracidad de estos, manteniendo su custodia hasta la entrega al archivo.	-Actas y listados de asistencia de entrega al archivo.
11	11. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.	-Realizar seguimiento mensual al plan de acción establecido en los productos del entorno hogar	-Realizar seguimiento mensual al plan de acción establecido en los productos del entorno hogar

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**	7892361071			
2023	**AGOSTO**	**2023**	**09**	**11**				
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	PROTECCIÓN	$ 2091270	$ 334603	$ 336300
Salud					FAMISANAR		$ 261409	$ 262800
ARL				3	SURA		$ 50943	$ 51400
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 606928**	$ 650500

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0570004870410554



MIRYANY ROJAS HERNANDEZ
52768324



ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO

© Siasur - 2023

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52768324
BRE O RAZON SOCIAL:			MIRYANY ROJAS HERNANDEZ
ADMUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
CCION:	CALLE 81A SUR # 96 - 24	TELÉFONO:	4643101
APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
EMPRESA;	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
VIA DE PRESENTACIÓN;	ÚNICO		
RTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7892361071	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2023	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES agosto AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			4		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/09/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	151647959

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
1	230201- PROTECCION	1	$ 332.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 332.800	$ 1.500	$ 334.300
OTALES:										$ 332.800	$ 1.500	$ 334.300

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
17	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 260.000	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 260.000	$ 1.200	$ 0	$ 261.200
OTALES:													$ 260.000	$ 1.200	$ 0	$ 261.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0		$ 50.700	$ 50.700	$ 300	$ 0	$ 51.000
OTALES:										$ 50.700	$ 300	$ 0	$ 51.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
DENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IHG	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
C 52768324	ROJAS HERNANDEZ MIRYANY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.080.000			NO																	230201-PROTECCION	30	$ 2.080.000	$ 332.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 332.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.080.000	$ 260.000	$ 0	$ 260.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.080.000	$ 52768324	$ 50.700		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 646.500

Planilla Pagada

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
151647959

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
09/09/2023

Número de aprobación
00647959

Dirección IP
181.59.3.162

Valor transacción
$ 646.500,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.153	CC	52768324

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52768324
BRE O RAZON SOCIAL:			MIRYANY ROJAS HERNANDEZ
IAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
CCIÓN:	CALLE 81A SUR # 96 - 24	TELÉFONO:	4643101
APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
MA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
RTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7897530084	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			18		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/09/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	179109687
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			7892361071	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2023/09/09

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
1	230201- PROTECCION	1	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 1.900	$ 100	$ 2.000
OTALES:										$ 1.900	$ 100	$ 2.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
17	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 100	$ 0	$ 1.500	$ 100	$ 0	$ 1.600
OTALES:													$ 1.500	$ 100	$ 0	$ 1.600

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 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 300	$ 300	$ 100	$ 0	$ 400
OTALES:									$ 300	$ 100	$ 0	$ 400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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
IC 52768324	ROJAS HERNANDEZ MIRYANY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 2.080.000				NO							A											230201-PROTECCION	30	$ 2.080.000	$ 332.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 332.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.080.000	$ 260.000	$ 0	$ 260.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.080.000	$ 52768324	$ 50.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
IC 52768324	ROJAS HERNANDEZ MIRYANY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 2.080.000				NO							C	01-30										230201-PROTECCION	30	$ 2.091.300	$ 334.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 334.700	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.091.300	$ 261.500	$ 0	$ 261.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.091.300	$ 52768324	$ 51.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
IC 52768324	ROJAS HERNANDEZ MIRYANY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 2.080.000				NO							R	01-30										230201-PROTECCION	0	$ 11.300	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.900	EPS017-FAMISANAR	0	$ 11.300	$ 1.500	$ 0	$ 1.500	14-11 - ARL SURA	0	$ 11.300	$ 52768324	$ 300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 4.000

Planilla Pagada

AJUSTE

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
179109687

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
25/09/2023

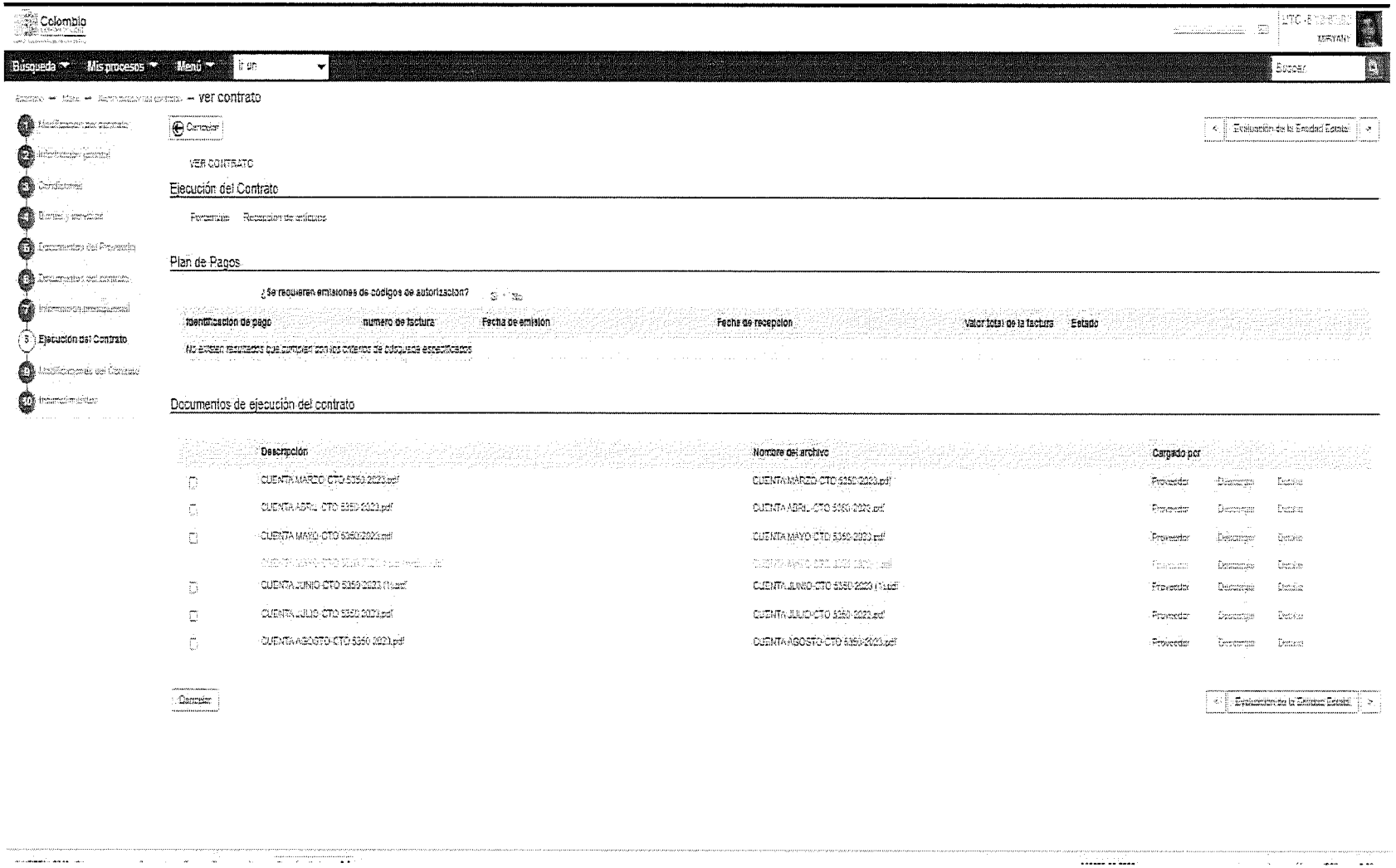
Número de aprobación
00109687

Dirección IP
190.24.146.202

Valor transacción
$ 4.000,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.153	CC	52768324

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.


Colombia
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
MIRYAM
Inicio
Mis
Administración contrato
Ver contrato
Modificación ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
5 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Facturas
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
Identificación 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 MARZO CTO 5350 2020.pdf
CUENTA MARZO CTO 5350 2020.pdf
Proveedor
CUENTA ABRIL CTO 5350 2020.pdf
CUENTA ABRIL CTO 5350 2020.pdf
Proveedor
CUENTA MAYO CTO 5350 2020.pdf
CUENTA MAYO CTO 5350 2020.pdf
Proveedor
CUENTA JUNIO CTO 5350 2020 (1).pdf
CUENTA JUNIO CTO 5350 2020 (1).pdf
Proveedor
CUENTA JULIO CTO 5350 2020.pdf
CUENTA JULIO CTO 5350 2020.pdf
Proveedor
CUENTA AGOSTO CTO 5350 2020.pdf
CUENTA AGOSTO CTO 5350 2020.pdf
Proveedor
Descargar
Evaluación de la Entidad Estatal