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:	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
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 6279494	3089

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
7	SEPTIEMBRE	$ 6279494

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11327563	$ 39410218	$ 33130724	$ 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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.
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	-Actas de precrítica y recepción de productos

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	$ 6279494
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7895999565		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	10			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2511798	$ 401888	$ 403700
Salud		FAMISANAR		$ 313975	$ 315300
ARL	3	SURA		$ 61187	$ 61500
Caja de Compensación	NO		Total	$ 728975	$ 780500

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI · DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52768324
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MIRYANY ROJAS HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 81A SUR # 96 - 24
TELÉFONO:	4643101
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:	7895999565
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2023
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	4
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/10/10
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	212093314

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 402.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 402.000	$ 1.700	$ 403.700
SUBTOTALES:										$ 402.000	$ 1.700	$ 403.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 314.000	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 314.000	$ 1.300	$ 0	$ 315.300
SUBTOTALES:													$ 314.000	$ 1.300	$ 0	$ 315.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 61.200	$ 61.200	$ 300	$ 0	$ 61.500
SUBTOTALES:									$ 61.200	$ 300	$ 0	$ 61.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52768324	ROJAS HERNANDEZ MIRYANY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.060.000				NO								01-30									

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 2.512.000	$ 402.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 402.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.512.000	$ 314.000	$ 0	$ 314.000

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.512.000	52768324	$ 61.200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 780.500

Planilla Pagada

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
212093314

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
10/10/2023

Número de aprobación
00093314

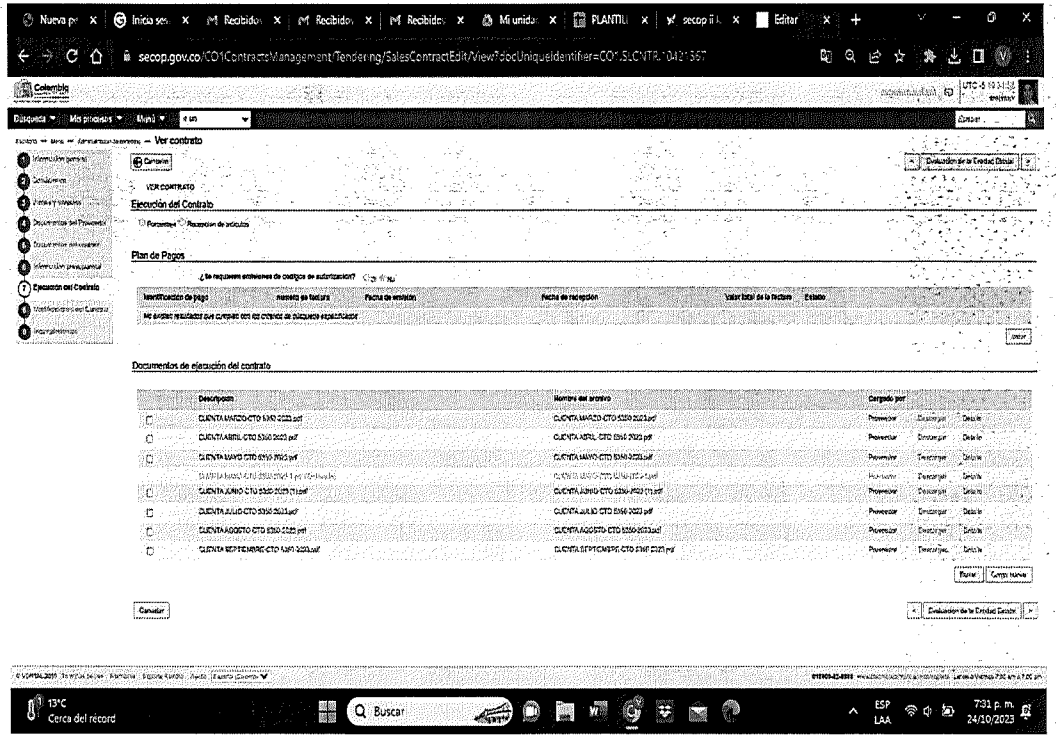
Dirección IP
190.24.146.202

Valor transacción
$ 780.500,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.153	CC	52768324

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

DAVIVIENDA


Ver contrato
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Documentos de ejecución del contrato
Buscar
13°C
Cerca del récord
ESP
LAA
7:31 p. m.
24/10/2023