

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-10-01	Hasta:	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	ANA ISABEL ACOSTA AREVALO		Número de Documento:	51847739	
Correo Electrónico:	bellisa63@hotmail.com		Número Telefónico:	3213120609	
Nombre del Supervisor:	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5167-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1026
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenecen:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13372	\$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2460448	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2023-03-27		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	\$ 2384834	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	\$ 2460448	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	\$ 2460448	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	\$ 2460448	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	\$ 2460448	3089
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MARZO		\$ 334300	
2		ABRIL		\$ 2460448	
3		MAYO		\$ 2460448	
4		JUNIO		\$ 2460448	
5		JULIO		\$ 2460448	
6		AGOSTO		\$ 2460448	
7		SEPTIEMBRE		\$ 2460448	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5330810		\$ 17557436		\$ 15096988	\$ 2460448
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas.	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida.		-Se Genera canalizar con solicitud específica.	
2	2. garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorías y auditorías internas y externas según requerimiento.	-Asistencia y participación en cada una de las concentraciones proyectadas según micro plantación.		-Acta de participación y asistencia.	
3	3. garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades.	-Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos, protocolos.		-Entrega de formatos en tiempo real.	
4	4. activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalización)	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida basados en la Necesidad del usuario.		-Se Genera canalizar con solicitud específica.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	-Dar conocer el portafolio de servicios el aplica según grupo de edad para lograr la disminuir los riesgos de morbi-mortalidad.	-Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activación de ruta según la necesidad
6	6. realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa ampliado de inmunización.	-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. búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación.	-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 calidad y veracidad.
8	8 participar activamente en los espacios de fortalecimiento técnico convocados por la institución o por la sds.	Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental.	-Acta de asistencia y participación.
9	9. desarrollar las actividades de vacunación dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institución y del programa ampliado de inmunizaciones.	-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. prestar servicios de atención e intervención integral al usuario con calidad, oportunidad y humanización.	-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. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados	- Carpetas con formatos debidamente organizada y foliada según protocolo de gestión documentos
12	12. las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad del pic.	-Dar cumpliendo a las actividades asignadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplaneación diaria.	-Asistencia y participación en las actividades día

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	\$ 2460448	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71176026			
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1160000	\$ 185600	\$ 186200
Salud					COMPENSAR		\$ 145000	\$ 145500
ARL				3	SURA		\$ 28258	\$ 28400
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 336655	\$ 360100

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4800356133
------------------	-----------------------	----------------	---------	------------------	------------

Ana Isabel Acosta
ANA ISABEL ACOSTA AREVALO
51847739

Yizeth M Roncancio
YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2



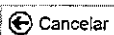
Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a

Buscar...



Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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



< 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

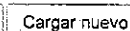
Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados



Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ CTO-5167-2023-MARZO.pdf	CTO-5167-2023-MARZO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CTO-5167-2023-ABRIL.pdf	CTO-5167-2023-ABRIL.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CTO-5167-2023-MAYO.pdf	CTO-5167-2023-MAYO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CTO-5167-2023-JUNIO.pdf	CTO-5167-2023-JUNIO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CTO-5167-2023-JULIO.pdf.pdf	CTO-5167-2023-JULIO.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CTO-5167-2023-AGOSTO.pdf.pdf.pdf	CTO-5167-2023-AGOSTO.pdf.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CTO-5167-2023-SEPTIEMBRE.pdf.pdf	CTO-5167-2023-SEPTIEMBRE.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PÁG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD
CC	51847739	ANA ISABEL ACOSTA AREVALO	CLL 57 C SUR #77 K 70	1234567	BELUSAGS@HOTMAIL.COM	FECHA PAGO PLANILLA (DÍAS/MES/AÑO)	EMPLEADOS
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	PERIODO SALUD	NÚMERO PLANILLA
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	2023-03	71176026
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD							TOTAL A PAGAR
							\$380.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				TOTALES PENSIÓN				TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código EPS	Nombre	NIT	Contratación Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPS-008	Compensar EPS	860056842-7	145.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0	145.500	1

TOTALES PENSIÓN				TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código AFP	Nombre	NIT	Contratación Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia
230301	Porvenir	500224608-0	165.600	0	0	0	0

TOTALES RIESGOS LABORALES										No. Afiliados					
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 SUPRA	80003790-5	28.300				28.300	3	100	28.400		283	28.400	1	

TOTALES CAJAS				TOTALES POR SUBSISTEMA			
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
				Salud	1	145.000	145.500

TOTALES PARAFISCALES				TOTALES POR SUBSISTEMA			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	Pensión	1	165.600	166.200
0	0	0	0	Riesgos Laborales	1	28.300	28.400
0	0	0	0	CCF	0	0	0
0	0	0	0	ESAP	0	0	0
0	0	0	0	ICBF	0	0	0
0	0	0	0	MEN	0	0	0
0	0	0	0	SENA	0	0	0
0	0	0	0	TOTALES	3	368.900	369.100

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	13/10/2023	71176026	\$360.100

INFORMACIÓN GIZTANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION			SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres		Cédula	Estatus	Ocupación	Ind	AT	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17	T18	T19	T20	T21	T22	T23	T24	T25	T26	T27	T28	T29	T30	T31	T32	T33	T34	T35	T36	T37	T38	T39	T40	T41	T42	T43	T44	T45	T46	T47	T48	T49	T50	T51	T52	T53	T54	T55	T56	T57	T58	T59	T60	T61	T62	T63	T64	T65	T66	T67	T68	T69	T70	T71	T72	T73	T74	T75	T76	T77	T78	T79	T80	T81	T82	T83	T84	T85	T86	T87	T88	T89	T90	T91	T92	T93	T94	T95	T96	T97	T98	T99	T100	T101	T102	T103	T104	T105	T106	T107	T108	T109	T110	T111	T112	T113	T114	T115	T116	T117	T118	T119	T120	T121	T122	T123	T124	T125	T126	T127	T128	T129	T130	T131	T132	T133	T134	T135	T136	T137	T138	T139	T140	T141	T142	T143	T144	T145	T146	T147	T148	T149	T150	T151	T152	T153	T154	T155	T156	T157	T158	T159	T160	T161	T162	T163	T164	T165	T166	T167	T168	T169	T170	T171	T172	T173	T174	T175	T176	T177	T178	T179	T180	T181	T182	T183	T184	T185	T186	T187	T188	T189	T190	T191	T192	T193	T194	T195	T196	T197	T198	T199	T200	T201	T202	T203	T204	T205	T206	T207	T208	T209	T210	T211	T212	T213	T214	T215	T216	T217	T218	T219	T220	T221	T222	T223	T224	T225	T226	T227	T228	T229	T230	T231	T232	T233	T234	T235	T236	T237	T238	T239	T240	T241	T242	T243	T244	T245	T246	T247	T248	T249	T250	T251	T252	T253	T254	T255	T256	T257	T258	T259	T260	T261	T262	T263	T264	T265	T266	T267	T268	T269	T270	T271	T272	T273	T274	T275	T276	T277	T278	T279	T280	T281	T282	T283	T284	T285	T286	T287	T288	T289	T290	T291	T292	T293	T294	T295	T296	T297	T298	T299	T300	T301	T302	T303	T304	T305	T306	T307	T308

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
217935293

Destino de pago
COMPENSAR-01

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
13/10/2023

Número de aprobación
00935293

Dirección IP
200.14.206.32

Valor transacción
\$ 360.100,00

Referencia 1
200.14.206.32

Referencia 2
CC

Referencia 3
51847739