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:	KAREN JULIETH PINEDA SILVA		**Número de Documento:**	1030625376	
Correo Electrónico:	pinedakaren05@outlook.es		**Número Telefónico:**	3004951986	
Nombre del Supervisor:	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4486-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	TECNICO 1 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
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 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.	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida.	-Se Genera canalizar con solicitud especifica.
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 preauditorias y auditorias internas y externas segun 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 proteccion de los documentos fisicos y magneticos entregados para la ejecucion 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 (activacion de rutas y canalizacion)	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida basados en la Necesidad del usuario.	-Se Genera canalizar con solicitud especifica.

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 logar 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 inmunizacion.	-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. busqueda activa de poblacion pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunacion en las tacticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunacion.	- 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 participar activamente en los espacios de fortalecimiento tecnico convocados por la institucion 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 vacunacion dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institucion 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 atencion e intervencion integral al usuario con calidad, oportunidad y humanizacion.	-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 intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-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. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic	-Dar cumpliendo a las actividades asignadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplameacion diaria.	-Asistencia y participación en las actividades dia.

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	8371049205		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	11			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS		

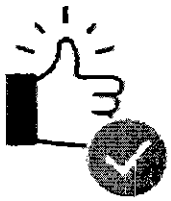
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		SÁNITAS		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	Total	$ 336655	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	443765230

KAREN JULIETH PINEDA SILVA
1030625376

YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2

AV Villas
Digital



No. de autorización

52523955

Valor	$ 382.100
Aportante	Karen Pineda Silva CC 1030625376
Planilla	Planilla Asistida Compensar No. 8371049205
Desde	Ahorros No. **** 5230
IP	186.102.84.68
Identificador dispositivo	a702e65f8ebc0d28

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): KAREN JULIETH PINEDA SILVA
No. Identificación: CC1030625376
Dirección: KR 100 #65-46 SUR
Telefono: 0000000
Correo: pinedakaren05@outlook.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8371049205

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

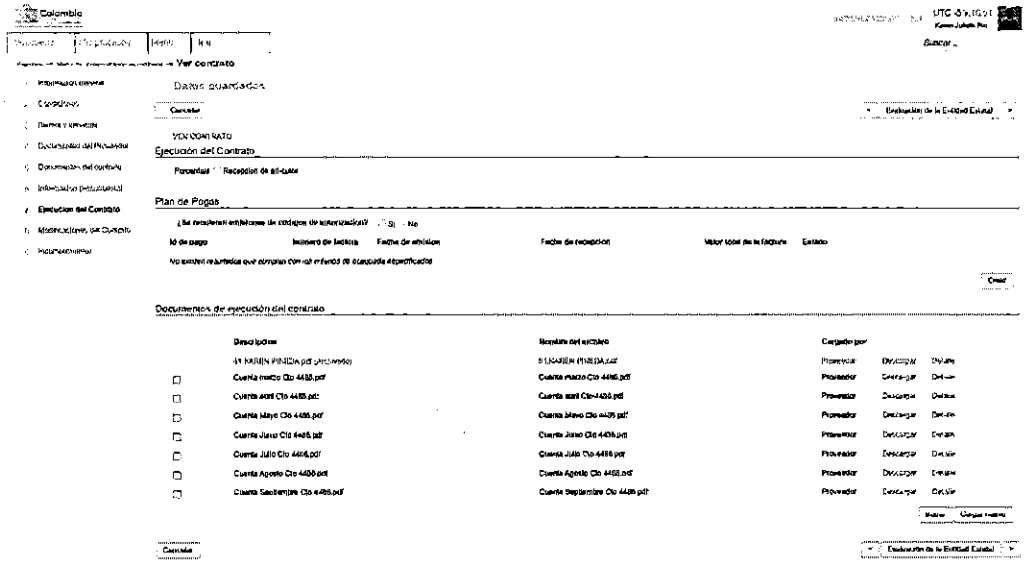
Nombre Aportante	KAREN JULIETH PINEDA SILVA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1030625376	**Periodo de Cotización Salud**	septiembre de 2023
Número de planilla	8371049205	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2023
Fecha pago	2023-10-11	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	71049205	**Total Pagado**	362100
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	26300	1
231001	Colfondos	185600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	23200	1
EPS005	Sanitas EPS	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030625376
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN JULIETH PINEDA SILVA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	231001	1160000	1160000	1160000	1160000	145000	0	185600	0	26300	23200

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



Ver contrato

Datos guardados

Cancelar

Declaración de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Procedibilidad | Recepción de all-cuate

Plan de Pagos

¿Se recibieron entregas de códigos de autorización? Si No

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

No existen registros que cumplan con el criterio de búsqueda especificado

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	41 MARIN PINZON.pdf (Archivado)	41 MARIN PINZON.pdf	Proveedor	Descargar	Eliminar
☐	Cuenta marzo Cto 4486.pdf	Cuenta marzo Cto 4486.pdf	Proveedor	Descargar	Eliminar
☐	Cuenta abril Cto 4486.pdf	Cuenta abril Cto 4486.pdf	Proveedor	Descargar	Eliminar
☐	Cuenta Mayo Cto 4486.pdf	Cuenta Mayo Cto 4486.pdf	Proveedor	Descargar	Eliminar
☐	Cuenta Junio Cto 4486.pdf	Cuenta Junio Cto 4486.pdf	Proveedor	Descargar	Eliminar
☐	Cuenta Julio Cto 4486.pdf	Cuenta Julio Cto 4486.pdf	Proveedor	Descargar	Eliminar
☐	Cuenta Agosto Cto 4486.pdf	Cuenta Agosto Cto 4486.pdf	Proveedor	Descargar	Eliminar
☐	Cuenta Septiembre Cto 4486.pdf	Cuenta Septiembre Cto 4486.pdf	Proveedor	Descargar	Eliminar

Cancelar

Declaración de la Entidad Estatal