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:	MARTHA LILIANA VASQUEZ ANZOLA		**Número de Documento:**	1073692811	
Correo Electrónico:	marly.vas91@gmail.com		**Número Telefónico:**	3124161403	
Nombre del Supervisor:	ERICA LICET OSPINA ORTIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4195-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	TECNOLOGO 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
K28PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	14207	$2614088	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2614088**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA 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	$ 2533495	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2614088	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2614088	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 2614088	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 2614088	3089

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MARZO	$ 355175
2	ABRIL	$ 2614088
3	MAYO	$ 2614088
4	JUNIO	$ 2614088
5	JULIO	$ 2614088
6	AGOSTO	$ 2614088
7	SEPTIEMBRE	$ 2614088

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5663944	$ 18653791	$ 16039703	$ 2614088

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar la identificacion y caracterizacion del perfil de riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en unidades de trabajo informal	-Se realiza caracterizacion de 17 niños y niñas en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato de caracterizacion NNA
2	2. identificar el riesgo de las condiciones de salud y su entorno y concertacion del plan en unidades de trabajo informal de alto, mediano impacto y bajo impacto.	-Se realizan 9 caracterizaciones de unidades de trabajo (UTI) de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato de caracterizacion de UTIS
3	3. realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud de las personas que desarrollan actividades en la unidades de trabajo informal (utis) de mediano impacto.	-Se realizan 32 seguimientos a UTI de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar Se realizan 16 monitoreos a UTI de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato UTI Formato UTI
4	4. implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto.	-Se realizan 48 acompañamientos a UTI de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar	Formatos utis con educacion relacionada -
5	5. realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal.	Se realizan 6 seguimientos a UTI de mediano impacto estrategia 2020 en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato de caracterizacion de UTIS
6	6. participar en asistencias tecnicas y fortalecimiento de capacidades del entorno	-Asistencia a reuniones de acuerdo a solicitud del referente	-Listados de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7.organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-Se realiza cronograma de actividades	-Cronograma magnetico
8	8. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic.	-Según necesidad del referente	-N/A

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		$ 2614088
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9456462424			
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 187200
Salud					SALUD TOTAL		$ 145000	$ 146200
ARL				3	SURA		$ 28258	$ 28600
Caja de Compensación				NO		Total	$ 336655	$ 362000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	2300254253

Liliana Vasquez

MARTHA LILIANA VASQUEZ ANZOLA
1073692811

Erika Ospina Ortiz
Enfermera Especialista SST.

ERICA LICET OSPINA ORTIZ
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073692811		VASQUEZ ANZOLA MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 8A #22-37	SOACHA-CUNDINAMARCA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	214671063	9456462424	I	2023/10/04	2023/10/12	BANCO DAVIVIENDA	8	$385,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$382,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$382,100
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$382,100
1	CC	1073692811	VASQUEZ MARTHA	23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-11	30	$1,160,000	2.436%	$28,300	30	$0	$0	No	$382,100
Total Afiliados(1)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$382,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073692811		VASQUEZ ANZOLA MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 8A #22-37	SOACHA-CUNDINAMARCA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	214671063	9456462424	I	2023/10/04	2023/10/12	BANCO DAVIVIENDA	8	$385,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,600	$0	$187,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$1,600	$0	$187,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$300	$0	$28,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$300	$0	$28,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$200	$0	$23,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$200	$0	$23,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
TOTAL				1	$382,100	$3,300	$0	$385,400

2023/10/27 08:53 PM

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 22:11:58
Martha Liliana Va...

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

Documentos de ejecución del contrato borrados

Cancelar

< 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA MARZO 4195-2023.pdf	CUENTA MARZO 4195-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 4195-2023.pdf	CUENTA ABRIL 4195-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 4195-2023.pdf	CUENTA MAYO 4195-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 4195-2023.pdf	CUENTA JUNIO 4195-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 4195-2023.pdf	CUENTA JULIO 4195-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 4195-2023.pdf	CUENTA AGOSTO 4195-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 4195-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 4195-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA OCTUBRE 4195-2023.pdf (Archivado)	CUENTA OCTUBRE 4195-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >