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:**	2023-11-01	**Hasta:**	2023-11-30	
Nombre del Contratista:	YAMILE DIAZ GOMEZ		**Número de Documento:**	52884688	
Correo Electrónico:	Yamilediazgomez@outlook.com		**Número Telefónico:**	3144053919	
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4313-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	117	0	21729	$2542293	63.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2542293**	**DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRESPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-04-01		**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	$ 3331791	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 3998268	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 5041128	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 3998136	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 3998136	3089
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$.6562158	3518

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ABRIL	$ 3998136
2	MAYO	$ 3998136
3	JUNIO	$ 3976407
4	JULIO	$ 4019865
5	AGOSTO	$ 5041128
6	SEPTIEMBRE	$ 3998136
7	OCTUBRE	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8662485	**$ 35592102**	**$ 29029944**	**$ 6562158**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo.	-Se realizan 39 sesiones con los estudiantes en los colegios educativos priorizados y no priorizados de forma individual presencial y virtual -	--diligenciamiento de los formatos, tablero de control , canalizaciones a cuerdo a las necesidades.
2	2.programar y desarrollar sesiones educativas en salud mental de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	--se desarrollan temáticas con los estudiantes acorde a los intereses individuales , con un minimo de 4 sesiones , presentadas de manera lúdica favoreciendo la participación de los estudiante -	---formato de registro de actividades
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud mental	--Se realizan temáticas acorde a la necesidad de cada estudiante. -	---formatos registro de actividades
4	4. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones.	---no se desarrolla actividad en el periodo certificado --	-no se desarrolla actividad en el periodo certificado
5	5. realizar intervencion a casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificacion por parte de las instituciones educativas de acuerdo al lineamiento.	-Se realiza intervención a casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificación -	--se realizan 0 canalizaciones acorde a la necesidades, formato de canalizaciones

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis	-Se socializa las líneas de apoyo psicosocial y/o soporte en situación de crisis --	--información durante las sesiones
7	7. orientacion y canalizacion a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	- servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la población identificadas en las acciones. -Se brinda, información y orientación se realizan 0 canalizaciones a los servicios de salud y sociales, de acuerdo con las necesidades de la población identificadas en las acciones. -	--formatos de canalización
8	8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-se orienta a los docentes con relación al diligenciamiento de los formatos de recolección de la información establecida en el lineamiento y/o institucional -	--consentimiento informado
9	9. garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectad en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	--Se realiza entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin. - - -	-formatos de sesiones del colegio intervenido
10	10. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	--Se realiza entrega de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas. --	---formatos de sesiones del colegio intervenido
11	11. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Se realiza entrega de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas. - -	- -formatos de sesiones individuales intervenidos
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	-Se organiza entrega de carpeta con los archivos correspondiente a cada intervención conforme a los lineamientos - -	---Carpeta contenido de formatos de sisones, por cada colegio
13	13.informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-no se desarrolla actividad en el periodo certificado	-no se desarrolla actividad en el periodo certificado
14	14. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic.	---Se realiza reunión con la profesional de apoyo del proceso - -listado de asistencia --	-listado de asistencia

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	$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71902860		
2023	OCTUBRE	2023	11	14			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1599254	$ 255881	$ 255900
Salud		FAMISANAR		$ 199907	$ 200000
ARL	3	SURA		$ 38958	$ 39000
Caja de Compensación	NO		Total	$ 464136	$ 494900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870253871

YAMILE DIAZ GOMEZ
52884688

SANDRA PATRICIA AMADO REYES
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

© Siasur - 2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52884688	YAMILE DIAZ GOMEZ		DIAGONAL 61 B SUR 16Q 33	7906774	yamiledazgomez@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	I	14/11/2023	71902660	$494.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	255.900	0	0	0	0	0	0		255.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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 SURA	830903790-5	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	494.900

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52834658	YAMILE DIAZ GOMEZ	DIAGONAL 61 B SUR 18Q 33	7906774	yamiledazgomez@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	I	14/11/2023	71902880	$494.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Madre	Extranjero	Cotiza Pensión	Suspensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días de Mora	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52834658	DIAZ GOMEZ YAMILE	59	0			N							1								23101	1.599.254	255.900	0	0	0	0	EPS017	1.599.254	203.000	14-11	1.599.254	3	33.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 18:29:34
YAMILE DIAZ GOMEZ

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Configuraciones del usuario
YAMILE DIAS GOMEZ
CAT: 0181480

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

20 Nov, 2023(UTC -5) 18:29:34

Salir

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

Cancelar

< Evalua

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren omisiones 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 DE COBRO MARZO CTO NO_4313_2023.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO MARZO CTO NO_4313_2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL 4313_2023.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 4313_2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 4313-2023.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 4313-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 4313_2023.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 4313_2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 4313_2023.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 4313_2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTOCTO 4313_2023.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTOCTO 4313_2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE4313_2023.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE4313_2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 4313 2023.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 4313 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

Departamento Nacional
de Planeación - DNP

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

LA DIRECCIÓN DE GOBIERNO, DERECHOS HUMANOS Y PAZ
CERTIFICA A:

yamile diaz

C.C.: 52884688

Por haber completado exitosamente el curso:

LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y COLABORADORES PÚBLICOS DE COLOMBIA

20 de noviembre de 2023

Intensidad de 35 horas
en modalidad virtual