

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

DATOS DEL INFORME					
Período a Certificar:	Desde:	2023-11-01	Hasta:	2023-11-30	
Nombre Contratista:	del	LOREIN SOFIA ARIZA RODRIGUEZ		Número de Documento:	1001173656
Correo Electrónico:	arizasofia5@gmail.com		Número Telefónico:	3504071410	
Nombre Supervisor:	del	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	Cargo:	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4353-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1026
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	18	21729	\$4389258	109.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4389258	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHOPESOS					

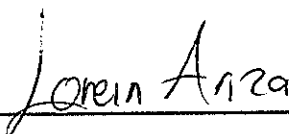
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2023-04-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-05-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2023-05-01	2023-07-31	1	\$ 3331791	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	\$ 3998268	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	\$ 3998136	2454

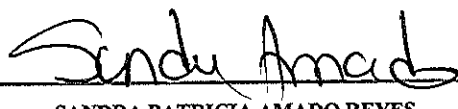
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	\$ 4650006	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	\$ 3998136	3089
6	2023-11-01	2024-01-31	6	\$ 8387394	3518
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ABRIL		\$ 3998136	
2		MAYO		\$ 3998136	
3		JUNIO		\$ 3976407	
4		JULIO		\$ 4019865	
5		AGOSTO		\$ 3998136	
6		SEPTIEMBRE		\$ 4650006	
7		OCTUBRE		\$ 3998136	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8662485		\$ 37026216		\$ 28638822	\$ 8387394
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 sesiones en las diferentes instituciones de educación a la primera infancia		-sesiones para la promoción de la salud a la comunidad educativa enfatizando el bienestar de la primera infancia -tablero de control	
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en salud sexual y reproductiva de acuerdo a la metodología y contenido temático del ciclo de formación educativa según al grado escolar, edades, cursos y características del desarrollo humano mediante la intervención.	-No aplica		-No aplica	
3	3. fomentar hábitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educación en salud sexual y reproductiva.	-No aplica		-No aplica	
4	4. realizar la identificación, caracterización, seguimiento y activación de rutas frente al estado de la gestante y/o lactante.	-No aplica		-No aplica	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. recibir la canalización de los casos identificados por los diferentes entornos para direccionarlos a los procesos del espacio educativo	-Se identifica población vulnerable durante las sesiones y se realiza la canalización con la respectiva dependencia durante el mes de febrero	-Canalización, relatorias
6	6. registrar la información de la gestión efectuada en el aplicativo sire.	-No aplica	-No aplica
7	7. verificar y remitir al componente correspondiente los casos de esquema de vacunación incompleto o sin vacuna (plan ampliado de inmunización -pai) en el entorno educativo.	- Identificar los casos de esquema de vacunación incompletos dentro de las instituciones a intervenir	-Formatos canalizaciones y articulación con el área encargada
8	8. verificar y reportar los casos de no adherencia a crecimiento y desarrollo, en el espacio educativo.	-verificar e identificar los casos que evidencien déficit en el adecuado desarrollo del menor en el espacio educativo	-Tamizaje Nutricional
9	9. recopilar y consolidar la información y presentarla al líder del proceso de canalizaciones de gestión de programas de interés en salud pública (gpaisp) y políticas.	-Recopilar la información adecuada para realizar el proceso de canalización de manera efectiva y oportuna	-Diligenciamiento formato de canalización
10	10. diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-Se completan los formatos establecidos por el lineamiento.	- Tablero de control, formatos
11	11. garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Se realiza entrega oportuna de soportes requeridos.	- Tablero de control drive
12	12. realizar la pre crítica y análisis de las bases de tamizaje nutricional.	-Realizar precritica de las bases de datos recopiladas durante los tamizajes nutricionales	-Bases de datos nutricionales
13	13. fomentar hábitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educación en salud alimentaria.	-Incentivar a los menores a los menores a la implementación de hábitos alimenticios saludables en la vida cotidiana	-Sesiones educativas, tablero de control, relatorias
14	14. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Entregar de manera oportuna soportes de actividades y sesiones realizadas.	- Tablero de control drive
15	15. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Entrega oportuna de soportes correspondientes	- Tablero de control, canalizaciones
16	16. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	-Soportes requeridos por cada actividad de manera oportuna	-Tablero de control drive
17	17. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-Informar de manera oportuna las eventualidades que se puedan presentar durante las sesiones y/o el proceso.	-Tablero de control, actas, sesiones

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
18	18. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic.	-Realizar actividades que se acuerden con el supervisor	- tablero de control, drive, actas

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	72540540			
2023	OCTUBRE	2023	11	20				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 257200
Salud					CAPITAL SALUD		\$ 199907	\$ 200900
ARL				3	SURA		\$ 38958	\$ 39200
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 464136	\$ 497300
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	143202182	


 LOREIN SOFIA ARIZA RODRIGUEZ
 1001173656


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

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	10011735536	LOREIN SOFIA ARIZA RODRIGUEZ	C/a 704 #24-38	00000000	mlcasofas@gmail.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 (D/M/AFOS)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (D/M/AFOS)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					ENREGLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PERSONAS				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	1	2011/2023	72510540	\$523.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EPSCA	Recibo SGP Capital Salud	900293172-9	189.900	0	0	0	0	5	1.000	0	200.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitución	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Povernik	600224809-8	255.800	0	0	0	0	5	1.300	0	257.200	1

TOTALES RESCOS LABORALES												
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Retenido Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización					
14-11	ARL SURA	809200720-5	39.000				39.000	5	200	39.200		39.200

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CC724	Compensar Caja	850066912-7	32.000	5	200	32.200	1

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 anulo de KIE, LMA, RRP y Mora	Total a Pagar
SAUD	1	199.800	200.800
Pensión	1	255.800	257.200
Rescoss Laborales	1	39.000	39.200
CCF	1	32.000	32.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.800	529.500

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1001173555	LOREIN SOFIA ARIZA RODRIGUEZ	Cra 70d #64-38	0000000	arizesclas5@gmail.com	SI
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					UFG 1 0
PERIODO SALUD 2023-10	PERIODO PENSIONES 2023-10	1	201172023	72545040	TOTAL A PAGAR \$593.600

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]



Búsqueda	Mis procesos	Menú	Ir a
----------	--------------	------	------

Buscar...

Escentrio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Modificación del contrato

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 Información general

VER CONTRATO

3 Condiciones

Ejecución del Contrato

4 Bienes y servicios

☒ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del Proveedor

Plan de Pagos

6 Documentos del contrato

¿Se requirieron emisiones de
códigos de autorización?

☐ SI ☒ No

7 Información presupuestal

8 Ejecución del Contrato

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

9 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

10 Incumplimientos

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por			
☐ RIT.pdf	RIT.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTA DE COBRO ABRIL CTO-4353-2023.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO-4353-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTA DE COBRO MAYO CTO-4353-2023.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CTO-4353-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTA DE COBRO JUNIO CTO-4353-2023.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO CTO-4353-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTA DE COBRO JULIO CTO-4353-2023.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO CTO-4353-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO-4353-2023.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO-4353-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CTO-4353-2023.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CTO-4353-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO 4353 - 2023.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO 4353 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

LA DIRECCIÓN DE GOBIERNO, DERECHOS HUMANOS Y PAZ

CERTIFICA A:

Lorein Sofia Ariza Rodriguez

C.C.: 1001173656

El presente certificado es válido para acreditar la participación en el curso, pero no garantiza la calidad de la formación, la cual depende de la capacidad de asimilación de los contenidos por parte del participante.

Por haber completado exitosamente el curso:

**LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y
COLABORADORES PÚBLICOS DE COLOMBIA**

22 de noviembre de 2023

Intensidad de 35 horas
en modalidad virtual