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:	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		**Número de Documento:**	53073099	
Correo Electrónico:	leidyjohanna.h36@gmail.com		**Número Telefónico:**	3105736265	
Nombre del Supervisor:	CLARA STELLA BELTRAN PARDO	**Cargo:**	ASESOR DE GERENCIA	**Código - Grado:**	AG

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5193-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	28414	$5228176	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5228176**	**CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS**					

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	$ 4356825	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 5228316	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 5199762	2454
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 5228176	2827

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 5228176	3089

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ABRIL	$ 5228176
2	MAYO	$ 5228176
3	JUNIO	$ 5199762
4	JULIO	$ 5228176
5	AGOSTO	$ 5228176
6	SEPTIEMBRE	$ 5228176

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11327563	$ 36568818	$ 31340642	$ 5228176

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. coordinar las acciones de las cohortes de riesgo.	-Se desarrolla articulación de las acciones con las diferentes áreas de la subred (facturación, farmacia, subgerencia de servicios de salud, MIPRES, gestión de riesgo, complementarios) para implementación de pruebas de apetito a menores de 5 años en las Unidades	-Actas de reunión -Procedimiento de implementación de pruebas de apetito
2	2. monitorear la mejora continua en la calidad del dato.	-Se realiza seguimiento a la cohorte de desnutrición y riesgo de desnutrición de forma nominal, con el fin de monitorear la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años	-Bases de datos con información nominal de los casos identificados
3	3. realizar los reportes que competen a cuenta de alto costo, eps, seguimiento a indicadores.	-Se realiza seguimiento a los indicadores priorizados de la cohorte de infancia.	-Analisis de indicadores priorizados.
4	4. asistencia tecnica a las unidades de proceso de los temas que corresponda.	-Orientación a la unidad de candelaria para la generación de plan de mejora de en identificación de riesgo y realización de pruebas de apetito	-Acta de reunion
5	5. generacion de documentos tecnicos con informacion de analisis de la cohorte a cargo.	-Procedimiento para la implementacion de pruebas de apetito en las unidades pririzadas de las Subred	-Procedimiento definido
6	6. desarrollo de acciones en el marco de dinamizadores de su competencia.	- Priorización de casos para seguimiento de riesgo de desnutrición en menores de 5 años en el marco del convenio dinamizador.	-Agendas programadas y ejecutadas de los menores en seguimiento,
7	7. dar respuesta a solicitudes.	-No se presentaron para el periodo	-No se presentaron para el periodo
8	8. desarrollar acciones de integracion de actividades.	-Revisión de Historias clinicas de menores en desnutrición para seguimiento. - Participación en feria de buenas practicas	-Base de seguimiero -Registro fotografico

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. realizar gestion y analisis de la informacion de las resoluciones 202 y relacionadas, asi como indicadores de infancia.	-Se realiza gestión para reporte de la información de las resoluciones 202 y relacionadas, asi como indicadores de infancia del mes de Agosto para avanzar en el seguimiento de las cohortes priorizadas	-Base de datos
10	10.las demas acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic.	-Gestión para el desarrollo de la entrega de fórmulas de recuperación nutricional de los niños y niñas de la Subred Sur con desnutrición aguda.	--Bases de datos de entrega -Actas de gestión -Correos electrónicos desnutrición

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	$ 5228176
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71356777		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	13			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2091270	$ 334603	$ 468200
Salud		COMPENSAR		$ 261409	$ 365800
ARL	3	SURA		$ 50943	$ 71300
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 606928**	$ 905300

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	007590394362

LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS
53073099

CLARA STELLA BELTRAN PARDO
ASESOR DE GERENCIA

© 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	53073099	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		CL22 # 41 36SUR	3105736265	leidyjohanna.h36@gmail.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	
2023-09	2023-09	I	13/10/2023	71356777	$963.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	365.800	0		0		0	0	0	0	365.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	468.200	0	0	0	0	0	0		468.200	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	71.300				71.300	0	0	71.300			713	71.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	58.600	0	0	58.600	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 antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	365.800	365.800
Pensión	1	468.200	468.200
Riesgos Laborales	1	71.300	71.300
CCF	1	58.600	58.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	963.900	963.900

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	53073099	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		CL22 # 41 36SUR	3105736265	leidyjohanna.h36@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÀ 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	
2023-09	2023-09	I	13/10/2023	71356777	$963.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colpensión	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	IGE	IBT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	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	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	53073099	CASTAÑEDA CAMPOS LEIDY JOHANNA	59	0			N																	230201	2.926.000	468.200	0	0	0	0	EPS008	2.926.009	305.800	14-11	2.926.000	3	71.300	CCF24	2.926.000	58.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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		
☐	LEIDY CASTAÑEDA ABRIL.pdf	LEIDY CASTAÑEDA ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	LEIDY CASTAÑEDA MAYO (1).pdf (Archivado)	LEIDY CASTAÑEDA MAYO (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Mayo CTO 5193_2023.pdf	Cuenta Mayo CTO 5193_2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5193-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5193-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LEIDY CASTAÑEDA JULIO 2023.pdf	LEIDY CASTAÑEDA JULIO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5192-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5192-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5193-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5193-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >