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:	CINDY CAROLINA ELEJALDE TAMANIS		**Número de Documento:**	1088537750	
Correo Electrónico:	CAROELEJALDE3@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3007796650	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6070-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	BACHILLER Y-O - TECNICO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$1845152	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1845152**	**UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-09-30	1	$ 7380608	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 1845152	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 3690304	3495
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	MAYO	$ 1845152
2	JUNIO	$ 1845152
3	JULIO	$ 1845152
4	AGOSTO	$ 1845152
5	SEPTIEMBRE	$ 1845152
6	OCTUBRE	$ 1845152

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1845152	**$ 14761216**	**$ 11070912**	**$ 3690304**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Apoyar e implementar los procesos asignados como Gestor Comunitario en con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidos en los planes de acción.	-Realizar abordajes con los lideres o representantes de los sectores para abordar el lugar	-Abordaje en territorio
2	2. Apoyar los procesos del componente ó respuesta integradora según requerimiento del Lider del componente ó respuesta integradora.	-Realizar agenda con líderes comunales, presidentes o representantes de cada uno de los sectores a abordar	-Directorio para profesionales con líderes comunales
3	3. Organizar y desarrollar las tareas asignadas en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento. Acercamiento, empatía y vínculo en el contexto de una pedagogía para la salud.	-Entrega de Piezas comunicativas a la comunidad y representantes	-Abordaje en territorio, entrega de piezas comunicativas
4	4. Revisar y entregar de manera oportuna cronogramas de trabajo, productos e informes según indicaciones técnicas. • dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud.	-Realizar acompañamiento en creación de cartas para conjuntos residenciales en el sector	-Entrega de cartas
5	5. Verificar los productos presentados deben cumplir con atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Realizar actividades complementarias, en acompañamiento, lo realización de documentos para el abordaje	-Instrumentos físicos para abordar a la comunidad
6	6. Realizar la revisión de los lineamientos técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos.	-Generar espacios de acompañamiento en la realización o entrega de documentos o apoyos	-Entrega de actas, informes o piezas comunicativas

© Siasur - 2023

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**	$ 1845152
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1058498709		
2023	**OCTUBRE**	**2023**	**11**	**23**			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS**		

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 187100
Salud		FAMISANAR		$ 145000	$ 146200
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28600
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 336655**	$ 361900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	01337537568

CINDY CAROLINA ELEJALDE TAMANIS
1088537750

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Revisar y organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental	-Acompañamiento en reuniones de abordaje a secretaria de salud , para conocer entregables, calidad y oportuna entrega de los mismos	-Capacitaciones y acompañamiento en entregables
8	8. Apoyar e informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-Recopilar datos, y necesidades de la comunidad, con el fin de priorizar el territorio o población ene especifico	-Carpetas en drive con informacion de predios visitados
9	9. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.	-informar algun cambio en el sector ya sea catastral , social o de salud	-Reporte de Novedades
10	10. Las demás actividades propias del objeto contractual.	-Realizar abordaje previo en el sector, dar a conocer el modelo de atención territorial, y determinar posibles prioridades y manera de abordar al territorio o población	-Abordaje en territorio

6:53
WhatsApp
LTE

VEEDURÍA DISTRITAL

Somos los ojos de la ciudadanía

CULTURA DE LA INTEGRIDAD

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

El formulario se creó en Bogotá es TIC. Denunciar abuso

Google Formularios

AA docs.google.com

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

Datos guardados

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 MAYO CTO 6070-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 6070-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 6070-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 6070-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 6070-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 6070-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 6070-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 6070- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6070 - 2023 .pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6070 - 2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 6070 - 2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 6070 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Pracli
Comprobante de Pago
Id de Transaccion:907803043,
Fecha:2023-11-23 15:15:06,
Producto:Facturas
Numero:3007796650
Monto:$385,300
Respuesta:Pago Exitoso
Codigo autorizacion:358453
Nota:
Nombre Convenio:PLANILLA ASISTI
SIMPLE
Referencia:8865438940
Id Aprobacion:358453
Codigo Convenio:1136
LINEA DE ATENCION AL
CLIENTE:BOGOTA:7432626 /NACIO
018000512825
Reenviar SMS
Vuelva Pronto! Gracias.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Departamento Nacional de Planeación - DNP

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

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

Cindy Carolina Elejalde Tamanis

C.C.: 1088537750

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

Simple

PAGOSIMPLE | DETALLADO POR ADMINISTRADORA

Fecha Creación Reporte	2023-11-23, 04:19:50 PM	**Tipo Planilla**	I: Planilla independientes	**Número Planilla**	1058498709
Periodo Cotización	2023-10	**Periodo Servicio**	2023-10	**Referencia pago (PIN)**	8865438940
				Fecha limite de pago	2023-11-15

PAGADO 23/11/2023

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CINDY CAROLINA ELEJALDE TAMANIS		
Documento	CC1088537750	**Dirección**	CL 63B SUR #23 - 09
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3007796650
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	U
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

AFP

Código	Nit	AFP	Cotización	Cotización Vol Afiliado	Cotización Vol Aportante	FSP Solidaridad	FSP Subsistencia	Dias de mora	Intereses Mora	Int Mora FSP Solidaridad	Int Mora FSP Subsistencia	Total a pagar	No. Afiliados
230301	N800224808	PORVENIR	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	8	$ 1.500	$ 0	$ 0	$ 187.100	1

EPS

					Incapacidades		Licencia de Maternidad												
Código	Nit	EPS	Valor Total	UPC	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Neto	Dias Mora	Interes Mora	Int. Mora UPC	SubTotal Cotización	SubTotal UPC	No. Rad Saldo a Favor	Saldo a favor Cot Oblig	Saldo a favor UPC	Total a pagar	No. Afiliados
EPS017	N830003564	FAMISANAR EPS	$ 145.000	$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	8	$ 1.200	$ 0	$ 146.200	$ 0	0	$ 0	$ 0	$ 146.200	1

ARP

				Incapacidades										
Código	Nit	ARP	Cotización	No. Autorizacion	Valor	Aporte otro riesgo	Valor Neto	Dias Mora	Int. Mora	SubTotal Cotizacion	No. Saldo a favor	Valor saldo favor	Total a pagar	No. Afiliados
14-11	N890903790	ARL SURA	$ 28.300		$ 0	$ 0	$ 28.300	8	$ 300	$ 28.600	0	$ 0	$ 28.600	1

CAJA

Código	Nit	CCF	Cotizacion	Dias de mora	Intereses Mora	Total a pagar	No. Afiliados
CCF24	N860066942	COMPENSAR CCF	$ 23.200	8	$ 200	$ 23.400	1

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

TOTALES

Tipo Administradora	Valor Antes de Descuentos y mora	Valor Total	No. Administradoras
Pensión	$ 185.600	$ 187.100	1
Salud	$ 145.000	$ 146.200	1
Riesgos	$ 28.300	$ 28.600	1
Caja	$ 23.200	$ 23.400	1
Gran Total	**$ 382.100**	**$ 385.300**	**4**

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!