

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-12-01	Hasta:	2023-12-31	
Nombre del Contratista:	PAOLA VALENTINA ALVAREZ NARANJO		Número de Documento:	1031169400	
Correo Electrónico:	pvalvarezn@unal.edu.co		Número Telefónico:	3212393108	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4163-2023	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				

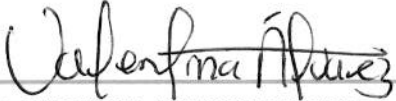
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	\$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3998136	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS					

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	\$ 3875016	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	\$ 3998136	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	\$ 3998136	3089
6	2023-11-01	2024-01-31	6	\$ 7996272	3518
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MARZO		\$ 543225	
2		ABRIL		\$ 3998136	
3		MAYO		\$ 3998136	
4		JUNIO		\$ 3976407	
5		JULIO		\$ 4019865	
6		AGOSTO		\$ 3998136	
7		SEPTIEMBRE		\$ 3998136	
8		OCTUBRE		\$ 3998136	
9		NOVIEMBRE		\$ 3998136	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8662485		\$ 36526449		\$ 32528313	\$ 3998136
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. realizar caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado institucionales.	Realizar evaluación del mantenimiento de las estrategias abordadas en el Plan de Cuidado Institucional en los HCB durante el periodo 2023		Formatos de evaluación, actas	
2	2. asesorías a cuidadores, cuidadoras, acudientes para cursos de vida según tipo de institución para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.	Retroalimentación a madres comunitarias y sensibilización sobre el uso de pólvora		Formatos de evaluación y actas	
3	3. identificar y riesgos en la población abordada para notificación eventos de interés en salud pública y activación de rutas integrales de salud.	Identificación de riesgos en la población abordada y/o referida por madre comunitaria		No se dio dicho hallazgo	
4	4. diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento de la secretaría distrital y/o institucional y elaboración de informes según competencia.	Diligenciamiento de evaluaciones y actas		Formatos de evaluación y actas	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. 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.	Realizar preparación y entrega de los formatos diligenciados durante las actividades	Formatos de evaluación y actas
6	6. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	Realizar entrega pertinente según solicite apoyo del proceso tanto de actividades mensuales como de auditoría	Soportes solicitados
7	7. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	Realizar gestión documental de cada uno de los formatos diligenciados para proceso de auditoría y como productos propios del mes	Sesiones colectivas, formatos de caracterización, planes de cuidado, planes implementados, actas, formatos de evaluación
8	8. otras acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institución, entorno y del pic.	Asistencia a reuniones de fortalecimiento, reunión mensual, entregas a apoyo, entre otros	Listados 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	72569658			
2023	NOVIEMBRE	2023	12	11				
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	PROTECCIÓN	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 257800
Salud					SALUD TOTAL		\$ 199907	\$ 201400
ARL				3	POSITIVA		\$ 38958	\$ 39300
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 464136	\$ 498500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	24110972743	


 PAOLA VALENTINA ALVAREZ NARANJO
 1031169400


 GLORIA MARCELA GARZON RUIZ
 PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031169400	PAOLA VALENTINA ALVAREZ NARANJO	calle 46 A # 22-32 sur	000000000	pvaloren@unal.edu.co	
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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	11/12/2023	72569658	\$498,500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
EPS02	Salud Total EPS	860135607-4	200.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	7	1.400	0
									201.400
									1

TOTALES PENSION

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 UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)	860229739-0	256.000	0	0	0	0	7	1.800	0	257.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		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
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	39.300	No. Autorización	Valor	Aportes Sistemas	Valor Cotización	39.000	7	300	39.300			390	39.300	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	201.400
Pensión	1	256.000	257.800
Riesgos Laborales	1	39.000	39.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	498.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031189400	PAOLA VALENTINA ALVAREZ NARANJO	calle 45 A # 22-32 sur	00000000	pvalaranz@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	SI
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUB	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS
2023-11	2023-11	1	11/12/2023	72568658	1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$498.500

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

Pago de servicios electrónicos

 Resultado de la transacción

- Transacción exitosa.
- Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA	DIRECCIÓN IP: 181.50.187.229
11 diciembre 2023 1:46 pm	
NÚMERO DE TRANSACCIÓN	NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
APII3345325252796563	65639IPC

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$498.500,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	72569658
FECHA DE LA SOLICITUD	11 diciembre 2023
REFERENCIA 1	181.50.187.229
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1031169400
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	330570442
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	4
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****2743

