| 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:** | 2024-01-01 | **Hasta:** | 2024-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | MARIA CRISTINA JAIMES DUARTE | | **Número de Documento:** | 1127619915 | |
| **Correo Electrónico:** | DUARJAI33@GMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3125770809 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JENNY PAOLA GRANADOS ANGARITA | **Cargo:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 6135-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1511 |
| **Perfil:** | AUXILIAR EN ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS CANDELARIA I | | | | |

## 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 | 13372 | $2460448 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2460448** | **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2023-05-18 | | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-06-01 | 2023-07-31 | 1 | $ 0 | 0 |
| 2 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 2 | $ 2136070 | 2124 |
| 3 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 3 | $ 2460374 | 2422 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 4 | $ 2460522 | 2834 |
| 5 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 5 | $ 2447002 | 3173 |
| 6 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 6 | $ 4907450 | 3604 |
| 7 | 2024-01-01 | 2024-01-31 | 7 | $ 2447224 | 142 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 1069760 |
| 2 | JUNIO | $ 2460448 |
| 3 | JULIO | $ 2460448 |
| 4 | AGOSTO | $ 2447076 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 2460448 |
| 6 | OCTUBRE | $ 2447076 |
| 7 | NOVIEMBRE | $ 2460448 |
| 8 | DICIEMBRE | $ 2447076 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 3854586** | **$ 20713228** | **$ 18252780** | **$ 2460448** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas. | Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes haciendo seguimiento en ruta materno perinatal. | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica |
| 2 | 2. Garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorias y auditorias intemas y externas según requerimiento. | Se realizo la palpitación en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes se informa de manera anticipada todos los cambios que se generen en mi campo de trabajo. | -Acta de participación y asistencia |
| 3 | 3. Garantizar la custodia y protección de los documentos fisicos y magnéticos entregados para la elaboracion de sus actividades. | -Se garantizo el manejo de la historia clínica en el sistema de Dinámica y en fisico de acuerdo a lo establecido en la normatividad durante el transcurso del mes | -Entrega de formatos en tiempo real e Historias Clínicas Aplicativo Dinámica |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | 4. Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalizacion) | -Se realizo la asistencia en el seguimiento a las pacientes asignadas con grado de dependencia de enfermería conservando las precauciones establecidas | Se Genera canalizar con solicitud especifica e Historias Clínicas Aplicativo Dinámica |
| 5 | 5. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidas. | -Se realizo la identificación de los riesgos al 100% de las pacientes atendidos y se implementaron las acciones preventivas para disminuir el riesgo de la presencia de sucesos de seguridad para dar a conocer el portafolio de servicios el aplica según grupo de edad para logar la disminuir los riesgos de morbi-mortalidad. | -Formato de canalizaciones debidamente diligenciado e Historias Clínicas Aplicativo Dinámica |
| 6 | 6. Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización. | -No aplica para el mes vigente. | -No aplica para el mes vigente. |
| 7 | 7. Busqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jomadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación. | -No aplica para el mes vigente. | -No aplica para el mes vigente. |
| 8 | 8 Participar activamente en los espacios de fortalecimiento tecnico convocados por la institucion o par la SDS. | -Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental y se realizo la participación en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes. | --Acta de asistencia y participación. |
| 9 | 9. Desarrollar las actividades de vacunacion dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institucion y del programa Ampliado de inmunizaciones. | --No aplica para el mes vigente. | --No aplica para el mes vigente. |
| 10 | 10. Prestar servicios de atención o intervencion integral al usuario con calidad, oportunidad y humanizacion. | --Se garantizo la atención del paciente con calidad, calidez y humanización a los pacientes maternas asignados en el mes y no hay reporte de PQR relacionados con la prestación de mi servicio | -Historias Clínicas Aplicativo Dinámica |
| 11 | 11. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental. | -Se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolución del las maternas al equipo de trabajo el mes informando cambios en historias clínicas y seguimiento de las mismas. | -Aplicativo Dinámica o formato físico. |
| 12 | 12. Las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad del PIC. | -Dar cumpliendo a las actividades asignadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplaneacion diaria. | -Asistencia y participación en las actividades día. |


***© Siasur - 2024***

## 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 | $ 2447076 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 73415609 | | |
| 2023 | DICIEMBRE | 2024 | 01 | 05 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SETENTA Y SEISPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1160000 | $ 185600 | $ 185600 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 145000 | $ 145000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 28258 | $ 28300 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 336655** | $ 358900 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24076349830 |
|---|---|---|---|---|---|

**MARIA CRISTINA JAIMES DUARTE**
**1127619915**

**JENNY PAOLA GRANADOS ANGARITA**
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1**


***© Siasur - 2024***

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 | 1127619915 | MARIA CRISTINA JAIMES DUARTE | CL 55 SUR 19 B 33, CASA | 3508395810 | duar-jai@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 05/01/2024 | 73415609 | $358.900 |

## 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 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 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 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | 890903790-5 | 28.300 | | | | 28.300 | 0 | 0 | 28.300 | | | 283 | 28.300 | 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 |
| 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 28.300 | 28.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 358.900 | 358.900 |

PAGADA

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 | 1127619915 | MARIA CRISTINA JAIMES DUARTE | CL 55 SUR 19 B 33, CASA | 3508395810 | duar-jai@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| 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 | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 05/01/2024 | 73415609 | $358.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | 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 | 1127619915 | JAIMES DUARTE MARIA CRISTINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.160.000 | 145.000 | 14-11 | 1.160.000 | 3 | 28.300 | | 0 | 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 19:07:36
MARIA CRISTINA JA...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

## 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

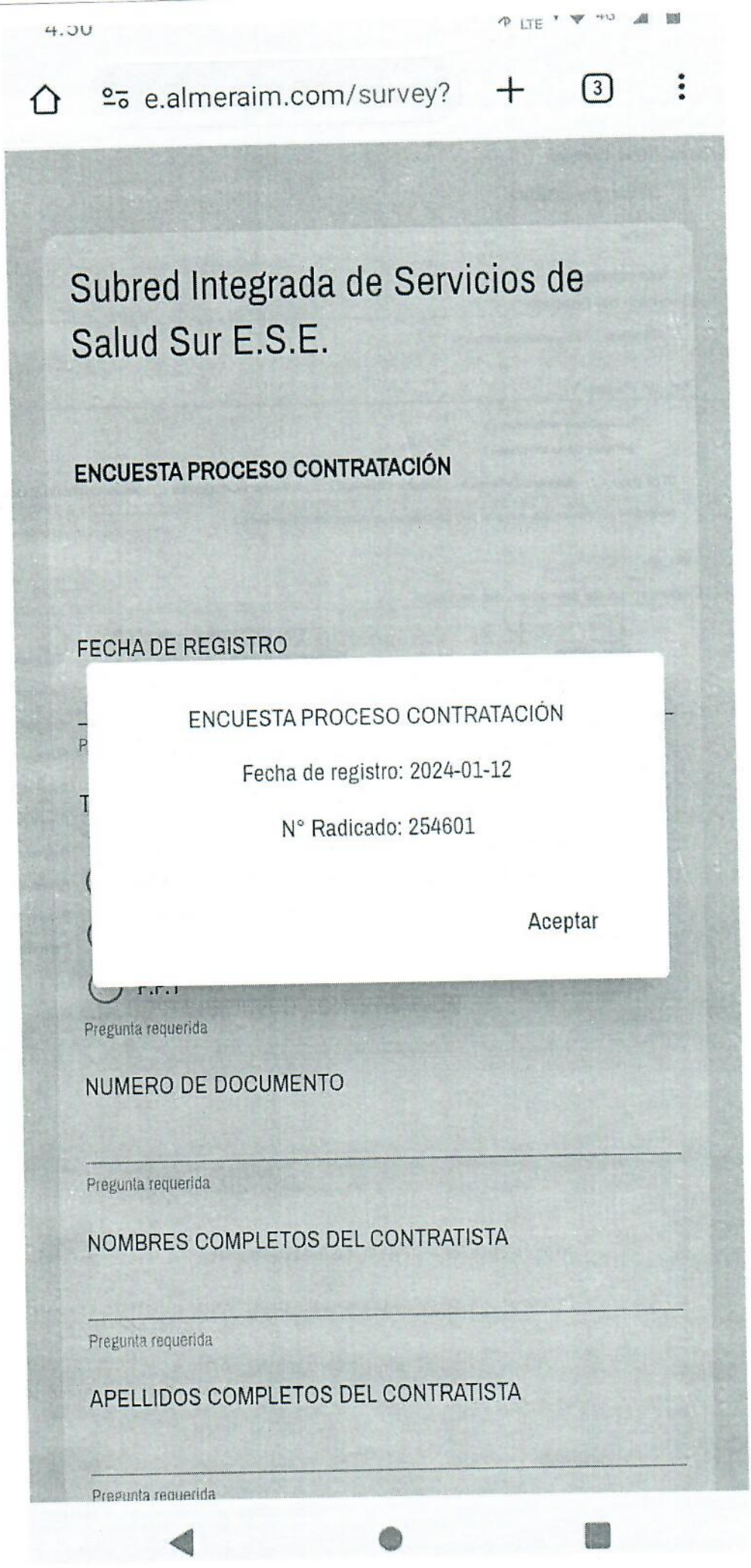
### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | DIPLOMA_RESPONSABILIDAD_SOCIAL.pdf | DIPLOMA_RESPONSABILIDAD_SOCIAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARIA DUARTE.pdf | MARIA DUARTE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 6135-2023.pdf | CUENTA JUNIO CTO 6135-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO CTO 6135-2023.pdf | CUENTA JULIO CTO 6135-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO CTO 6135-2023.pdf | CUENTA AGOSTO CTO 6135-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEP CTO 6135-2023.pdf | CUENTA SEP CTO 6135-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 6135-2023.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 6135-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOV CTO 6135-2023.pdf | CUENTA NOV CTO 6135-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DIC CTO 6131-2023.pdf | CUENTA DIC CTO 6131-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


4:50
e.almeraim.com/survey?
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
FECHA DE REGISTRO
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
Fecha de registro: 2024-01-12
N° Radicado: 254601
Aceptar
Pregunta requerida
NUMERO DE DOCUMENTO
Pregunta requerida
NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA
Pregunta requerida
APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA
Pregunta requerida