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:**	2024-02-01	**Hasta:**	2024-02-29	
Nombre del Contratista:	ANA MARIA MAHECHA QUIROGA		**Número de Documento:**	1000137271	
Correo Electrónico:	mahechaquiroga@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3153148840	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6015-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1394
Perfil:	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	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**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	$ 9841792	1790
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 2460448	2837
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 4920896	3497
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 3530208	233
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 3851136	611

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 2460448
2	JUNIO	$ 2460448
3	JULIO	$ 2460448
4	AGOSTO	$ 2460448
5	SEPTIEMBRE	$ 2460448
6	OCTUBRE	$ 2460448
7	NOVIEMBRE	$ 2460448
8	DICIEMBRE	$ 2460448
9	ENERO	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2460448	**$ 27064928**	**$ 22144032**	**$ 4920896**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1-Constatar permanente disponibilidad del kit diagnóstico, servicio de transporte, insumos, elementos de protección personal, dotación, asignación de usuarios de registro y consulta a la Historia Clínica Digital.	--Entrega de equipos biomedicos ,elementos de protección personal y elementos tecnológicos	----Actas de entrega
2	2- Llevar cuenta del estado y del inventario del kit diagnóstico, con el fin de solicitar reposición de insumos y/o mantenimiento o calibración de los equipos.	----Inventario digital de entrega y disponibilidad de equipos e insumos	----Inventario digital de entrega y disponibilidad de equipos e insumos
3	3-Garantizar la disposición de la papelería necesaria para la operación de los grupos y llevar registro de entrega de la misma.	---Impresión diaria de formatos requeridos para cada perfil	--Entrega a colaborador
4	4- Llevar registro de la entrega semanal de elementos de protección personal e insumos necesarios para la ejecución de las acciones en campo de los EAC.	---Entrega semanal de insumos de proteccion personal	---Actas de entrega
5	5-Realizar cronograma para la asignación de los vehículos a los EAC.	--Programacion diaria de vehiculos para el transporte de los colaboradores	----Cronograma digital
6	6.Realizar el proceso de encuesta a través de llamada telefónica, respetando las preguntas y opciones de respuesta definidas, y diligenciar el formulario definido para la recolección de la información.	---Llamadas de encuesta de satisfaccion	---DRIVE Y FORMULARIO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Gestionar los procesos de archivo y custodia de los documentos que soportan las acciones.	----GESTIÓN DOCUMENTAL	----Drive escaner y carpetas en fisico
8	8-Las demás actividades propias del objeto contractual.	----DEMÁS ACTIVIDADES	----DEMÁS ACTIVIDADES

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 2460448
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1061359358	-		
2024	**ENERO**	**2024**	**02**	**14**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1256666.6666667	$ 201067	**$ 208000**
Salud		SURA		$ 157083	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 30612	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 364710**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488424442868

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA MARIA MAHECHA QUIROGA	2024-02-25 20:29:05
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-28 15:17:41
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-02-29 15:55:09

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-02-14, 06:40:43 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1061359358

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810340893

PAGADO 14/02/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA MARIA MAHECHA QUIROGA		
Documento	CC1000137271	**Dirección**	CR 81A #56 - 08
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7951297
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000137271	ANA MARIA MAHECHA QUIROGA	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



¡Hola, Ana maría mahecha quiroga!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 453956011
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: 1000137271
Valor de la Transacción: $ 402.200
Fecha de Transacción: 14/02/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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 6015-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 6015-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 6015-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 6015-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 6015-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 6015-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 6015-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 6015-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6015 -2023 .pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6015 -2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 6015 -2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 6015 -2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRECTO 6015-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRECTO 6015-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 6015-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 6015-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	:NERO CTO 6015-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 6015-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Claro 1:20

e.almeraim.com/

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Agradecemos su aporte en el diligenciamiento de tan valiosa información

Aceptar

Pregunta requerida

Proceso / Oficina

Pregunta requerida

Área

Pregunta requerida