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:	CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO		**Número de Documento:**	53139914	
Correo Electrónico:	claudiavasquez1806@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142020126	
Nombre del Supervisor:	ERICA LICET OSPINA ORTIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4200-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	TECNOLOGO 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
K28PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	14207	$2614088	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2614088**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS**					

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	$ 2533495	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2614088	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2614088	2454
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 2614088	2827

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 3040298	3089
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 5228176	3518
7	2024-01-01	2024-02-15	7	$ 3921132	224
8	2024-02-01	2024-03-06	8	$ 951869	620
9	2024-02-01	2024-03-06	9	$ 355175	675

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 355175
2	ABRIL	$ 2614088
3	MAYO	$ 2614088
4	JUNIO	$ 2614088
5	JULIO	$ 2614088
6	AGOSTO	$ 2614088
7	SEPTIEMBRE	$ 2614088
8	OCTUBRE	$ 3040298
9	NOVIEMBRE	$ 2614088
10	DICIEMBRE	$ 2614088
11	ENERO	$ 2614088

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5663944	**$ 29536353**	**$ 26922265**	**$ 2614088**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar la identificacion y caracterizacion del perfil de riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en unidades de trabajo informal	-Caracterización de 36 casos de Trabajo Infantil Localidad Ciudad Bolivar	-Formato de Trabajo Infantil
2	2. identificar el riesgo de las condiciones de salud y su entorno y concertacion del plan en unidades de trabajo informal de alto, mediano impacto y bajo impacto.	-Caracterización de 10 Utis de Alto Impacto Localidad Tunjuelito, 11 Utis de Mediano Impacto Localidad Ciudad Bolivar	-Formato Unidades de Trabajo Informal
3	3. realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud de las personas que desarrollan actividades en la unidades de trabajo informal (utis) de mediano impacto.	-11 Primeras asesorías y 20 terceras asesorías Utis de Mediano Impacto Localidad Ciudad Bolivar	-Formato Unidades de Trabajo Informal

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto.	-No se realiza la actividad durante el periodo certificado	-No aplica Formato
5	5. realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal.	7 seguimientos de continuidad a la estrategia Localidad Ciudad Bolivar	-Formato Unidades de Trabajo Informal
6	6. participar en asistencias tecnicas y fortalecimiento de capacidades del entorno	-Reunión del Entorno y Asistencias técnicas	-Listados de asistencia
7	7.organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-Elaboración de tablero de indicadores y Cronograma de Actividades	-Formatos requeridos para la actividad
8	8. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic.	-Demas actividades generadas en el Entorno durante el periodo certificado	-Listados de asistencia y formatos requeridos

© 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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8374131000	-		$ 2614088
2024	ENERO	2024	02	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1256666.6666667	$ 201067	**$ 209700**
Salud		COMPENSAR		$ 157083	**$ 163900**
ARL	3	SURA		$ 30612	**$ 32000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 364710**	**$ 405600**

INFORMACIÓN DE PAGO

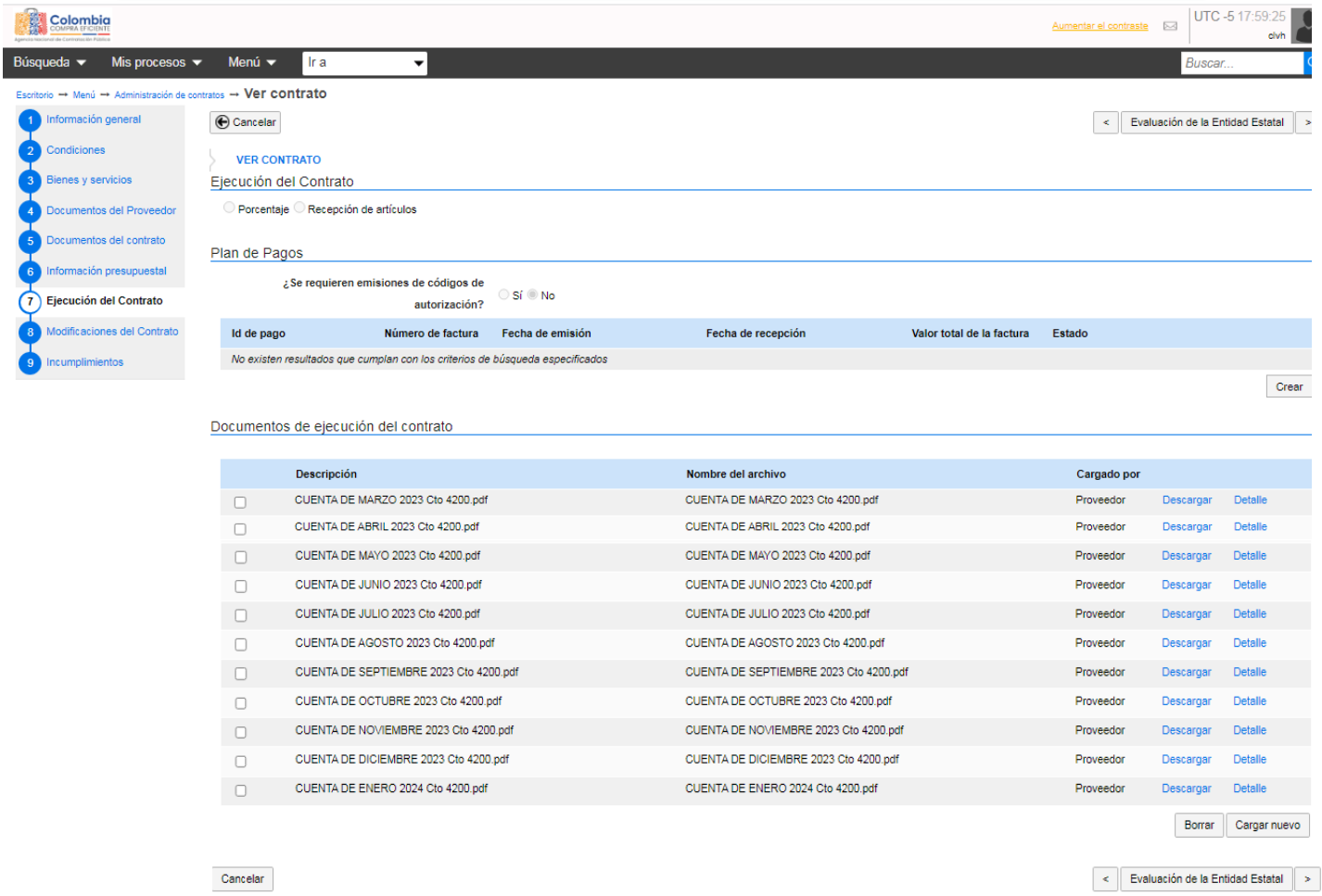
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	89578132

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO	2024-02-24 18:22:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ERICA LICET OSPINA ORTIZ	2024-02-25 07:37:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-02-26 16:51:02

ERICA LICET OSPINA ORTIZ
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

© Siasur - 2024


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 17:59:25
olvh
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
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 DE MARZO 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE MARZO 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE ABRIL 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE ABRIL 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE MAYO 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE MAYO 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE JUNIO 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE JUNIO 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE JULIO 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE JULIO 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE AGOSTO 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE AGOSTO 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE SEPTIEMBRE 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE SEPTIEMBRE 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE OCTUBRE 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE OCTUBRE 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE NOVIEMBRE 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE NOVIEMBRE 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE DICIEMBRE 2023 Cto 4200.pdf CUENTA DE DICIEMBRE 2023 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE ENERO 2024 Cto 4200.pdf CUENTA DE ENERO 2024 Cto 4200.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO
No. Identificación: CC53139914
Dirección: CLL 55 A SUR 66 63 VILLA DEL RIO
Telefono: 8019601
Correo: claudiavasquez1806@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8374131000

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC53139914	**Periodo de Cotización Salud**	enero de 2024
Número de planilla	8374131000	**Periodo de Cotización Pensión**	enero de 2024
Fecha pago	2024-02-14	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	52411728	**Total Pagado**	431900
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	3700

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	32000	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	209700	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	26300	1
EPS008	Compensar EPS	163900	1

8374131000

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53139914
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	1300000	1300000	1300000	1300000	162500	0	208000	0	31700	26000

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