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:	ONNER ARMANDO FINO REYES		**Número de Documento:**	80370327	
Correo Electrónico:	Onner.a@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3194688962	
Nombre del Supervisor:	JENNY PAOLA GRANADOS ANGARITA	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3914-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	487
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

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	2024-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7381344	**$ 7381344**	**$ 0**	**$ 7381344**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2024

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 poblacion desde los diferentes espacios de vida cotidiana.	-brindar adecuadamente mente frente al procedimiento de la vacunación COVID-19 realizar el correcto diligenciamiento de los consentimientos informados si tachones, sin enmendaduras	--diligencia miento de los formatos de consentimientos sin enmienda-
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 auditorías internas y externas según requerimiento.	-realizar el registro en las bases de datos siasur, pai distrital y pai web	-bases de datos siasur, pai distrital y paiweb--
3	3. Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades.	-ealizar observación de manera continua a los usuarios que han sido vacunados, con el fin de evidenciar posibles esavis, ya su ves activar el protocolo de urgencias si es necesario -formato de eventos adversos no graves posteriores ala vacunación, totalmente diligenciado	-formato de eventos adversos no graves posterior ala vacunación, totalmente diligenciado-
4	4. Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activacion de rutas y canalizacion)	--garantizar la vacunación a toda la población de acuerdo su rango de edad, su estado de salud, brindar educación frente al procedimiento de vacunación y brindar cuidados en salud según necesidad	-procedimientos de vacunacion
5	5. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	-recopilación de las dosis administradas en el tablero de control de biológico, recopilación de las personas registradas en siasur, pai distrital, paiweb y carpetas organizadas con los consentimientos informados diligenciados	-tablero control del biológico, bases de siasur, pai distrital, paiweb, consentimientos informados
6	6. Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización.	-se debe realizar la entrega de los respectivos registros en las bases de datos a diario, también se debe entregar los consentimientos informados en una carpeta	-Los documentos y registros quedan en custodia del coordinador de PAI
7	7. Búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación.	-garantizar la vacunación de toda la población agendada y atento para la vacunación de acuerdo a la edad y dosis correspondientes	-proceso de verificación en el aplicativo de la correspondiente dosis del biológico--
8	8 Participar activamente en los espacios de fortalecimiento tecnico convocados por la institucion o por la SDS.	-se debe tener comunicacion directa con los jefes de cada punto para que resuelvan cualquier eventualidad	-llamadas telefónicas, correos electrónicos-
9	9. Desarrollar las actividades de vacunacion dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institucion y del programa Ampliado de Inmunizaciones.	-se realiza demanda inducida de todas las personas agendadas y registradas en sis	--llamadas telefonicas-
10	10. Prestar servicios de atencion e intervencion integral al usuario con calidad, oportunidad y humanizacion.	-asistir a las reuniones que realizan la SDS para fortalecer los conocimientos -	-observación del proceso de vacunación
11	11. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-realizar el procedimiento de vacunación de forma activa, adecuado, garantizar la atención humanizada	-observación del proceso de vacunación
12	12. Las demas actividades que se deriven del objeto contractual	-asistir a los espacios de capacitación, con el fin de fortalecer los procesos asignados con criterios de calidad, al fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de intervención colectiva. -	-actas y lista de asistencia-

© 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**	$ 2460374
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1060376128	-		
2024	**ENERO**	**2024**	**02**	**13**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATROPESOS**						
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					FAMISANAR		$ 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**	4870247337

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ONNER ARMANDO FINO REYES	2024-02-24 15:44:20
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JENNY PAOLA GRANADOS ANGARITA	2024-02-27 13:47:48
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-02-27 21:10:26

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



JENNY PAOLA GRANADOS ANGARITA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1

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? Si No

identificación de pago	numero 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		
☐	ENERO 2745 - 2022.pdf	ENERO 2745 - 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA PATY FEBRERO 2023.pdf (Archivado)	CUENTA PATY FEBRERO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 3530 -2023	ONNER FINO cuenta de cobro.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 3530 -2023	ONNER FINO (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 3530-2023.pdf	ABRIL 3530-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 3530-2023.pdf	MAYO 3530-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 3530-2023.pdf	JUNIO 3530-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULO CTO 3530-2023.pdf	CUENTA JULO CTO 3530-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 3530-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 3530-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEP CTO 3530-2023.pdf	CUENTA SEP CTO 3530-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 3530-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 3530-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOV CTO 3530-2023.pdf	CUENTA NOV CTO 3530-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 3530-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 3530-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-02-13, 11:51:26 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060376128

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810229174

PAGADO 13/02/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ONNER ARMANDO FINO REYES		
Documento	CC80370327	**Dirección**	CL 71A SUR #14 - 33
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3194688962
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	TDF	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 80370327	ONNER ARMANDO FINO REYES	59	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	$ 2.300	$ 404.500

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.

Escaneado con CamScanner

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9467433442 DV: 824819
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes 80
Linea Arus Compensar Asopagos Simple M1
plan
Fecha: 12/02/2024 17:50:32
PAP: 995349
Nombre: onner
Apellido 1: fino reyes
NUM PLANILLA: 8810229174
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 8037032
PERIODO: 202401
Referencia: 8810229174Valor: $404.500,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

información consignada, en consecuencia, la
fechas establecidas y evite posibles inconve

II. DETALLE DEL APORTANTE

Escaneado con CamScanner