| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-03-01 | **Hasta:** | 2024-03-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | FABIOLA MARTINEZ RINCON | | **Número de Documento:** | 52875073 | |
| **Correo Electrónico:** | minyapaez@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3143263042 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JENNY PAOLA GRANADOS ANGARITA | **Cargo:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3923-2024 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K33PI002 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | PIC | 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 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | FEBRERO | $ 2460448 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7381344** | **$ 7381344** | **$ 2460448** | **$ 4920896** |

| 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 poblacion desde los diferentes espacios de vida cotidiana. | -Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural)registro diario de vacunados),previa vericación del antecedente vacunal(físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extramurales. | -Formato SIS 150 |
| 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. | -Diligenciamiento adecuado táctica casa casa: censo viviendas consolidado casa a casa, mapa con identicación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura. | -Formato diligenciado con calidad y veracidad |
| 3 | 3. Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades. | -Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental. | -Acta de asistencia y participación. |
| 4 | 4. Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activacion de rutas y canalizacion) | -Registro con información clara veraz en el registro de las vacunas en cada formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para biológico. | -SIS de registro diario. |
| 5 | 5. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos. | -Actualización y registro con calidad de los usuarios vacunados en el seguimiento telefónico realizado por cohortes según asignación de la profesional extramural. | -Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados. |
| 6 | 6. Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización. | -Diligenciamiento adecuado de los formatos en las diferentes tácticas, casa a casa ,seguimiento a cohorte, concentraciones. | -Formatos diligenciados con calidad, sin tachones ni enmendaduras con veracidad de la información. |
| 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. | -Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programada | -Carpetas con formatos debidamente organizada y foliada según protocolo de gestión documental |
| 8 | 8 Participar activamente en los espacios de fortalecimiento tecnico convocados por la institucion o por la SDS. | -Dar cumplimiento a las actividades asignadas por parte de cada líder según lo indicado en la micro planeación diaria. | -Asistencia y participación en las actividades diarias. |
| 9 | 9. Desarrollar las actividades de vacunacion dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institucion y del programa Ampliado de Inmunizaciones. | -Dar cumplimiento a los protocolos establecidos por la institución para realizar los procedimientos con calidad. | -Cumplimiento con el Manual Técnico Administrativo PAI. |
| 10 | 10. Prestar servicios de atencion e intervencion integral al usuario con calidad, oportunidad y humanizacion. | -Promover la política de humanización y buen trato de la institución para fortalecimiento de los servicios. | -Asistencia a las diferentes reuniones institucionales promovidas por el jefe encargado. |
| 11 | 11. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental. | -Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas. | -Carpetas con formatos debidamente organizadas y foliada según protocolo de gestión de documentos. |
| 12 | 12. Las demas actividades que se deriven del objeto contractual | -Realizar actividades asignadas por jefe inmediato. | -Presentación de evidencia del producto solicitado. |

## 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** | 1061283226 | - | | |
| **2024** | **FEBRERO** | **2024** | **03** | **11** | | | | |
| **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 | COLFONDOS | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 208000** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 162500 | **$ 162500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 31668 | **$ 31700** |
| Caja de Compensación | SI | COLSUBSIDIO | **Total** | **$ 377286** | **$ 402200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870236751 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | FABIOLA MARTINEZ RINCON | 2024-03-22 10:08:05 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | JENNY PAOLA GRANADOS ANGARITA | 2024-03-26 09:57:48 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-03-27 11:15:34 |

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**


***© Siasur - 2024***

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 ENERO CTO 7112-2023.pdf | CUENTA ENERO CTO 7112-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA FEBRERO CTO 3923-2024.pdf | CUENTA FEBRERO CTO 3923-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-03-11, 11:44:09 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1061283226

**Periodo Cotización:** febrero de 2024 **Periodo Servicio:** febrero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8834779960

## PAGADO 11/03/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | FABIOLA MARTINEZ RINCON | | |
| **Documento** | CC52875073 | **Dirección** | CR 11F #43 - 19 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 5682724 |
| **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 APP | 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 52875073 | FABIOLA MARTINEZ RINCON | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 1.300.000 | $ 26.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 428.200 |

### 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 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 31.700 | $ 26.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 428.200 | $ 0 | $ 428.200 |



**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.**