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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
Nombre del Contratista:	MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA		**Número de Documento:**	1010244533	
Correo Electrónico:	mariacamq26@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3503412246	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4479-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	838
Perfil:	TECNICO				
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	$1551152	63%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1551152**	**UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-03-15		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-03-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-03-01	2024-04-30	1	$ 2460448	873
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MARZO		$ 1230224	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1476269	**$ 3936717**	**$ 1230224**	**$ 2706493**

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Relevar al cuidador(a).	-1. Se realizan las actividades de relevo en los tiempos pautados en el cronograma de trabajo, atendiendo un relevo por día con una duración de 8 horas por cada sesión.	-Sistema de información y registro del aplicativo subred- sur
2	Conocer el Plan de Cuidado que se diseñe, con el fin de Implementarlo.	-2. Conozco el plan de cuidado al agente que requiere el cuidado , con el fin de apoyar a sus diferentes necesidades aportando así a su desarrollo integral	-Sistema de información y registro del aplicativo subred- sur
3	Presentarse Oportunamente a cada sesión de relevo programada.	-3. Me he presentado de manera puntal y oportuna con la mayor disposición con el fin de desarrollar actividades optimas y de calidad	-Sistema de información y registro del aplicativo subred- sur
4	Llevar una bitácora diaria de su labor en cada hogar, incluidas alertas, de manera que esta información pueda ser utilizada para la introducción de correctivos de la intervención.	-4. Se ha llevado un registro diario (Bitacora) de las actividades desarrolladas con el agente que requiere el cuidado con el fin de proporcionar información del mismo, en los tiempos que sea requerido	-Sistema de información y registro del aplicativo subred- sur
5	Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados. Información pueda ser utilizada para la introducción de correctivos de la intervención.	-5. Se ha dado cumplimiento y ejecución a las diferentes obligaciones clausuladas en el contrato de acuerdo a la matriz entregada por la subred-sur. Llevándolas a cabo con total transparencia y calidad con el fin de cumplir con el objetivo del convenio 0002/2023 segunda cohorte del área EAC RELEVOS y de esta manera atendiendo a la población en los territorios priorizados para su total monitoreo y seguimiento	-Sistema de información y registro del aplicativo subred- sur
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se realiza asistencia a comités y fortalecimientos técnicos para llevar a cabo el proceso de todas las actividades con el cuidador y la persona que requiere el cuidado	-Firmar lista de asistencia y Acta de la reunión

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	$ 1230224
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9465534213	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**10**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS VEINTICUATROPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 111000**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 86700**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 16900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 214600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488419959868

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA	2024-04-26 21:33:27
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-04-27 23:38:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA	2024-04-30 18:24:22
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-04-30 18:26:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-01 08:26:19

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.



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010244533		MOQUE AMPUDIA MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 6 No 4 A -31 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3503412246	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	566659797	9465534213	I	2024/04/08	2024/04/10	BANCO DAVIVIENDA	2	$215,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$693,334	$111,000			$693,334	$86,700			$0	$0			$693,334	$16,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$693,334	$111,000			$693,334	$86,700			$0	$0			$693,334	$16,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$693,334	$111,000			$693,334	$86,700			$0	$0			$693,334	$16,900		$0	$0
1	CC	1010244533	MOQUE MARIA	230301	16	$693,334	$111,000	EPS008	16	$693,334	$86,700		0	$0	$0	14-11	16	$693,334	$16,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$693,334	$111,000			$693,334	$86,700			$0	$0			$693,334	$16,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010244533		MOQUE AMPUDIA MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 6 No 4 A -31 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3503412246	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	566659797	9465534213	I	2024/04/08	2024/04/10	BANCO DAVIVIENDA	2	$215,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$111,000	$200	$0	$111,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$111,000	$200	$0	$111,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,900	$100	$0	$17,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$16,900	$100	$0	$17,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$86,700	$200	$0	$86,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$86,700	$200	$0	$86,900
TOTAL				1	$214,600	$500	$0	$215,100

10:51 4G+
moodle.subredsur.gov.co/mod/quiz/

CURSO SARLAFT, SICOF Y TRANSPARENCIA

CUESTIONARIO

Intentos permitidos: 3

Método de calificación: Calificación más alta

Resumen de sus intentos previos

Intento	Estado	Calificación / 10,00	Revisión
1	Finalizado Enviado: lunes, 15 de abril de 2024, 19:47	7,00	No permitido
2	Finalizado Enviado: lunes, 15 de abril de 2024, 20:00	5,00	No permitido
3	Finalizado Enviado: lunes, 15 de abril de 2024, 20:07	4,90	No permitido

Su calificación final en este cuestionario es 7,00/10,00

No se permiten más intentos

Volver al curso

8:43

ee.kobotoolbox.org/x/Z0cbDNtQ

17

públicos en el Distrito Capital

En el marco de la implementación de los proyectos de inversión 7552 y 7591, la Veeduría Distrital desarrollará esta encuesta, con el fin de conocer la percepción de los servidores y colaboradores (entendiendo por servidores a funcionarios

Finalizar registro más tarde

Registro guardado como borrador

OK

2

MÓDULO 1. CARACTERIZACIÓN

***1. Indica la experiencia que tienes en el sector público:**

- Menos de un año
- Entre uno a tres años
- Entre tres y siete años
- Más de siete años

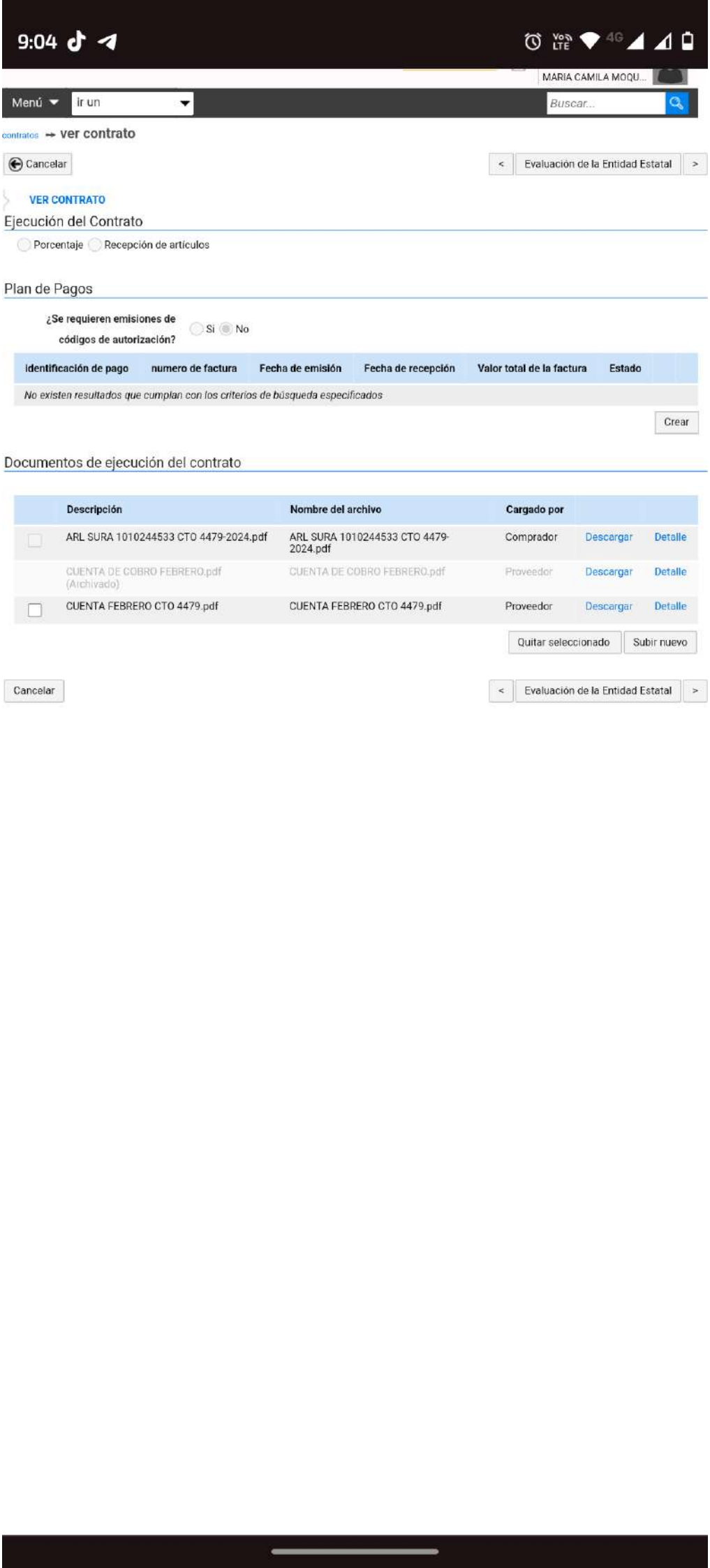
***2. Entidad en la que trabajas:**

...

***3. Tus funciones u obligaciones están enmarcadas en un proceso:**

- Misional
- Apoyo

***4. Indica si tu dependencia tiene interlocución directa con la ciudadanía:**


9:04
MARIA CAMILA MOQU...
Menú
ir un
Buscar...
contratos → ver contrato
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
ARL SURA 1010244533 CTO 4479-2024.pdf
ARL SURA 1010244533 CTO 4479-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA FEBRERO CTO 4479.pdf
CUENTA FEBRERO CTO 4479.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Quitar seleccionado
Subir nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >