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:	DIANA MARCELA BELTRAN		**Número de Documento:**	1032379529	
Correo Electrónico:	malejadanis@gmail.com		**Número Telefónico:**	3014146087	
Nombre del Supervisor:	ANDREA LOPEZ GUERRERO	**Cargo:**	JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	**Código - Grado:**	006-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3757-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	474
Perfil:	TECNICO ADMINISTRATIVO I				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
O02UD	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	USS MARICHUELA	$2187200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2187200**	**DOS MILLONES CIENTOOCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS**		

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	$ 2187200	
2	MARZO	$ 2187200	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6561600	**$ 6561600**	**$ 4374400**	**$ 2187200**

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

© Siasur - 2024

1	1. Recepcionar, Clasificar y gestionar los Derechos de Peticion en la Unidades designadas y dar tramite de acuerdo con el Procedimiento establecido	-Recepción de Peticiones de manera presencial Recepción de Peticiones mediante apertura de buzón * Clasificación de las peticiones * Envío de solicitud de respuestas a las áreas correspondientes por el sistema Ágil Salud* Apoyo a Central con la bandeja de SDGPC.	-Número de solicitudes recibidas y gestionadas USME = 100- Actas de apertura de buzón USME=8 Recibidas y gestionadas
2	2. Realizar el registro oportuno y completo en los Sistemas Orfeo, SDQS y Matriz de autocontrol PQRS de acuerdo a lo direccionado en el procedimiento	-Registro en la Matriz de Autocontrol, sistema de Ágil Salud y en el SDGPC de los requisitos recibidos	-Registro en la Matriz de Autocontrol= 100, sistema de Ágil Salud y en el SDGPC de los requisitos recibidos
3	3. Gestionar las respuestas con el responsable de emitir la misma, Realizar seguimiento a tiempos de respuesta y reiterar solicitudes de respuesta a traves del envio de correos preventivos y demas acciones para obtener la misma de manera oportuna	-Realizar el seguimiento pertinente a los requisitos recibidos por los diferentes medios	-Seguimiento a 100 solicitudes registradas
4	4. Recibir respuestas de las areas, verificar criterios, proyectar y enviar a la Central PQRS para firma. Consolidar y presentar a la Central PQRS los informes requeridos de manera oportuna y con la calidad de acuerdo a la necesidad	-Enviar respuestas proyectadas al sistema de Ágil Salud y a central al correo profesional.sdqs@subredsur.gov.co	-Sistema de Ágil Salud a diario. Respuestas: 100 Usme
5	5. Hacer entrega oportuna de los soportes fisicos al area de correspondencia, en lo referente a Solicitudes de Historia Clinica y de manera mensual el Archivo del mes en la Central PQRS, de acuerdo a Procedimiento	-Entregar los soportes en físicos las actas de apertura de Buzón y solicitud historia clínica en la Central PQRS a la Referente.	-Entrega de 8 actas de apertura de Buzones y Archivo físico 99 folios al referencia del mes Marzo Usme
6	6. Atender informar y orientar a los usuarios y sus familias segun necesidad de los mismos, Atender usuarios en lo referente a atencion de Historia clinica, Orientar a los Usuarios en el uso de canales de escucha.	-Socializar en salas los diferentes servicios y los canales de escucha.	-Si cuéntanos Febrero *Orientación individual: 00 registros *Orientación grupal: registros, 9 usuarios 80* Historia Clínica: 00 * Salud Pública:0
7	7. Apoyar el proceso de Servicio al Ciudadano y Participacion de la Subred Sur E.S.E. mediante la atencion a las disponibilidades requeridas para el buen funcionamiento de los servicios.	-Apoyar el proceso de servicio al ciudadano	-1 Actas de Asistencia Técnica del mes de Abril
8	8. Realizar Teleauditoria, para validacion de informacion PQRS, Informacion y seguimiento de respuestas.	-Se realizó seguimiento telefónico a los criterios de calidad de las respuestas emitidas.	-Seguimiento a la calidad a las Tele-auditoria =0 profesional.sdqs@subredsur.gov.co y Matriz de autocontrol

© 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	$ 2187200
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	76244389	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**09**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES CIENTOOCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1300000	$ 208000	**$ 208200**
Salud		SALUD TOTAL		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 402400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870433119

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIANA MARCELA BELTRAN	2024-04-25 13:04:27
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ANDREA LOPEZ GUERRERO	2024-04-27 09:43:23
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-04-28 20:08:51

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.



ANDREA LOPEZ GUERRERO
JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

© Siasur - 2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032379529-0	DIANA MARCELA BELTRAN	CR 18D N 71 -41 SUR	0000000	MALEJADANIS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	09/04/2024	76244389	$402.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	1	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032379529-0	DIANA MARCELA BELTRAN	CR 18D N 71 -41 SUR	0000000	MALEJADANIS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	09/04/2024	76244389	$402.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032379529	BELTRAN DIANA MARCELA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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		
	CTO 3441-2023 CTA ENERO-2024.pdf (Archivado)	CTO 3441-2023 CTA ENERO-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3757-2024 CTA FEBRERO-2024.pdf	CTO 3757-2024 CTA FEBRERO-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3757-2024 CTA MARZO-2024.pdf	CTO 3757-2024 CTA MARZO-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

CM3DgWCewL

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

DIANA MARCELA BELTRAN

1032379529

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SARLAFT LA/FT-SICOF -PTEE

40 horas

GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLÓN
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
Oficial de Cumplimiento Principal SARLAF LA/FT- SICOF -PTEE

El presente se otorga el: abril 10, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ