| | | |
|---|---|---|
| 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:** | JAIRO TORIBIO URREGO URREGO | | **Número de Documento:** | 3070240 | |
| **Correo Electrónico:** | jairot.urrego@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3125158962 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ | **Cargo:** | DIRECTOR ADMINISTRATIVO | **Código - Grado:** | 009-05A |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3259-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 477 |
| **Perfil:** | APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (REPARACIONES LOCATIVAS) | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS MEISSEN | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R12INSA | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVA | 186 | 0 | 9328 | $1735008 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1735008** | **UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL 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 | $ 1735008 | |
| 2 | MARZO | $ 1735008 | |
| 3 | ABRIL | $ 1735008 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5205024** | **$ 5205024** | **$ 5205024** | **$ 0** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo establecidas en el plan anual de mantenimiento establecido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. ademas de las actividades de mantenimiento locativo designadas por el area de infraestructura y mantenimiento segun cronogramas establecidos, entregando los trabajos con la calidad, tiempo y presupuesto esperado | -Realizar las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo establecidas en el plan anual de mantenimiento establecido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. además de las actividades de mantenimiento locativo designadas por el área de infraestructura y mantenimiento según cronogramas establecidos, entregando los trabajos con la calidad, tiempo y presupuesto esperado. | -Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V4. se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizadas. |
| 2 | 2. Cumplir satisfactoriamente con las actividades de trasteos o mudanzas requeridas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | -De acuerdo a la directriz dada por el líder de infraestructura de la Unidad de Meiseen , durante el periodo se prestó apoyo en las diferentes áreas. | -Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V4. se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizadas. |
| 3 | 3. Responder por el buen manejo por la herramienta menor y equipos que se le entregue para el desarrollo de sus actividades, asi como el uso adecuado y eficiente de los materiales entregados para las obras o mantenimientos programados | - Se da buen uso a la herramienta asignada para la realización de las diferentes actividades, adicionalmente se reporta cuando esta presenta algún tipo de falla. Referente a los materiales estos se utilizan de acuerdo a las diferentes necesidades de las unidades optimizando su uso al máximo. | -Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V4. se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizada. |
| 4 | 4. Entregar los reportes de los trabajos realizados diariamente en las diferentes unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | -Diariamente se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V4. | -Se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizadas. Los soportes son enviados a la oficina principal de infraestructura, en el archivo es esta reposa la información. |
| 5 | 5. Transportar el equipo y materiales necesarios para realizar el trabajo indicado | -Se presta apoyo en el traslado de materiales a las diferentes áreas de la unidad de Meissen donde se asigne tareas, adicionalmente se realiza traslado de muebles. | -Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V4. se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizadas. |
| 6 | 6. Acatar las normas de seguridad y salud en el trabajo, ambientales establecidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | -Durante el periodo se realiza una correcta segregación de residuos de acuerdo a las capacitaciones dadas por Gestión Ambiental y se realiza el correcto embalaje de lámparas separación de RCD. | -Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V4. se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizadas. |
| 7 | 7. Acudir como primer respondiente en caso de fallas en tuberias o emergencias presentadas enla Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | -Durante el periodo se acude a los diferentes llamados por requerimientos de necesidad de balas de oxígeno y gases medicinales en las diferentes áreas de la unidad. | -Se hace entrega de una copia de la planilla de pago de la seguridad social con el presente informe. |
| 8 | 8. Contar con los elementos de proteccion segun se especifica en la norma actual vigente. | -Se utiliza los elementos de protección de manera apropiada, y se adjunta copia de pago de la seguridad social. | -Se hace entrega de una copia de la planilla de pago de la seguridad social con el presente informe. |
| 9 | 9.Demas actividades asignadas por el Supervisor del contrato. | -Durante el periodo se atiende las actividades asignadas por el líder de infraestructura. | -Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V4. se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizadas. |


***© 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 | $ 1735008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 7918877023 | - | | |
| **2024** | **ABRIL** | **2024** | **04** | **11** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOPESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 208000** |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 162500 | **$ 162500** |
| ARL | 5 | SURA | | $ 0 | **$ 0** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 377286** | **$ 370500** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 43975572049 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JAIRO TORIBIO URREGO URREGO | 2024-04-26 11:32:15 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ | 2024-04-28 18:36:48 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-05-01 05:44:09 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-05-15 12:25:27 |

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.



**MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ**
**DIRECTOR ADMINISTRATIVO**

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

## Datos guardados

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEB JAIRO URREGO.pdf | FEB JAIRO URREGO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SECOP II JAIRO URREGO.pdf | SECOP II JAIRO URREGO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 3070240 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JAIRO TORIBIO URREGO URREGO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | DIAGONAL 90 SUR 87 - 20 | TELÉFONO: | 6098892 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7918877023** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/04/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 569448965 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 0** | **$ 208.000** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 162.500** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 3070240 | URREGO URREGO JAIRO TORIBIO | INDEPEND | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 370.500** |

Planilla Pagada

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

cAzifHmjtA

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

JAIRO TORIBIO URREGO URREGO

3070240

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 24, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ