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:	SANDRA CAROLINA CHAVEZ GONZALEZ		**Número de Documento:**	53038307	
Correo Electrónico:	chavezkarolina71@gmail.com		**Número Telefónico:**	3168649731	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6054-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	TECNICO (TERRITORIOS)				
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	$2727888	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2727888**	**DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-09-30	1	$ 9841792	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 2353472	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 320928	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 5027872	3495
5	2024-01-01	2024-01-31	5	$ 2460448	232
6	2024-01-01	2024-02-11	6	$ 0	0

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-02-01	2024-03-31	7	$ 4920896	609
8	2024-03-01	2024-04-30	8	$ 2193008	873
9	2024-04-01	2024-05-31	9	$ 2460448	873

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 2460448
2	JUNIO	$ 2460448
3	JULIO	$ 2246496
4	AGOSTO	$ 2460448
5	SEPTIEMBRE	$ 2567424
6	OCTUBRE	$ 2781376
7	NOVIEMBRE	$ 2567424
8	DICIEMBRE	$ 2460448
9	ENERO	$ 2460448
10	FEBRERO	$ 2193008
11	MARZO	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 2460448	**$ 32039312**	**$ 27118416**	**$ 4920896**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	1.Relevar al cuidador (a).	-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 estrategia de relevo subred- sur
2	2. Conocer el Plan de Cuidado que se diseñe, con el fin de Implementarlo.	-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 estrategia de relevo subred- sur
3	3.Presentarse Oportunamente a cada sesión de relevo programada.	-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 estrategia de relevo subred- sur
4	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.	-Se ha llevado un registro diario (Bitácora) 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 estrategia de relevo subred- sur

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5.Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en 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.	-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 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 estrategia de relevo subred- sur

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**	75438553	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**23**				
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	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 211800**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 165400**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 32300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 409500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	67417547921

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA CAROLINA CHAVEZ GONZALEZ	2024-04-26 15:15:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-04-28 13:09:57
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-04-29 16:20:30
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-04-29 16:20:30

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

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	53038307	SANDRA CAROLINA CHAVEZ GONZALEZ	CL 5B 87D 24 SUR	3168649731	karolinasv84@hotmail.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	23/04/2024	75438553	$409.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	21	2.900	0	165.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	21	3.800	0	211.800	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	21	600	32.300			317	32.300	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	165.400
Pensión	1	208.000	211.800
Riesgos Laborales	1	31.700	32.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	409.500

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
CC	53038307	SANDRA CAROLINA CHAVEZ GONZALEZ		CL 5B 87D 24 SUR	3168649731	karolinasv84@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	23/04/2024	75438553	$409.500	

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	53038307	CHAVEZ GONZALEZ SANDRA CAROLINA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	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

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M1905557

Pago realizado

Pago en

Compensar-oi

¿Cuánto?

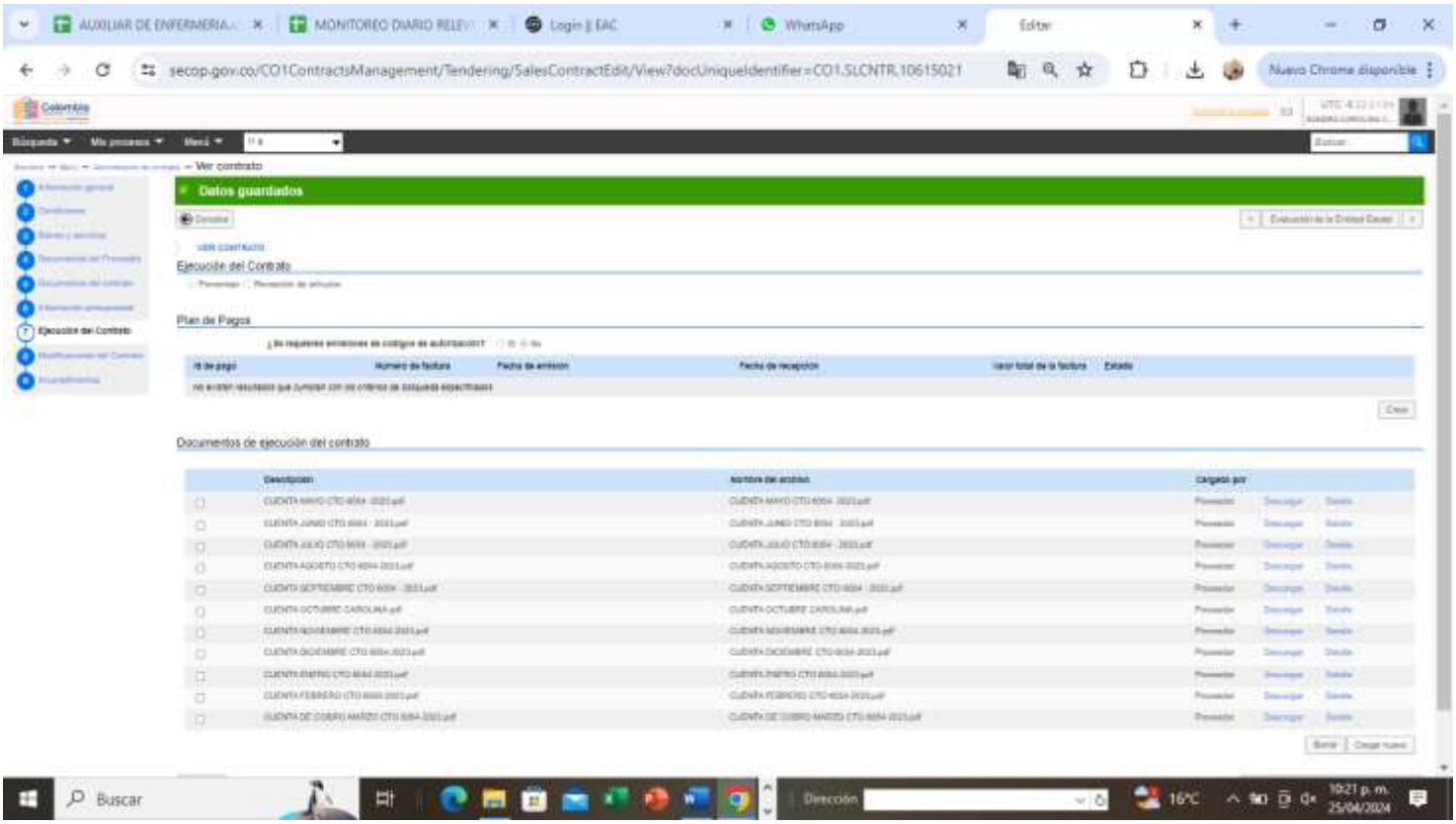
$ 409.500,00

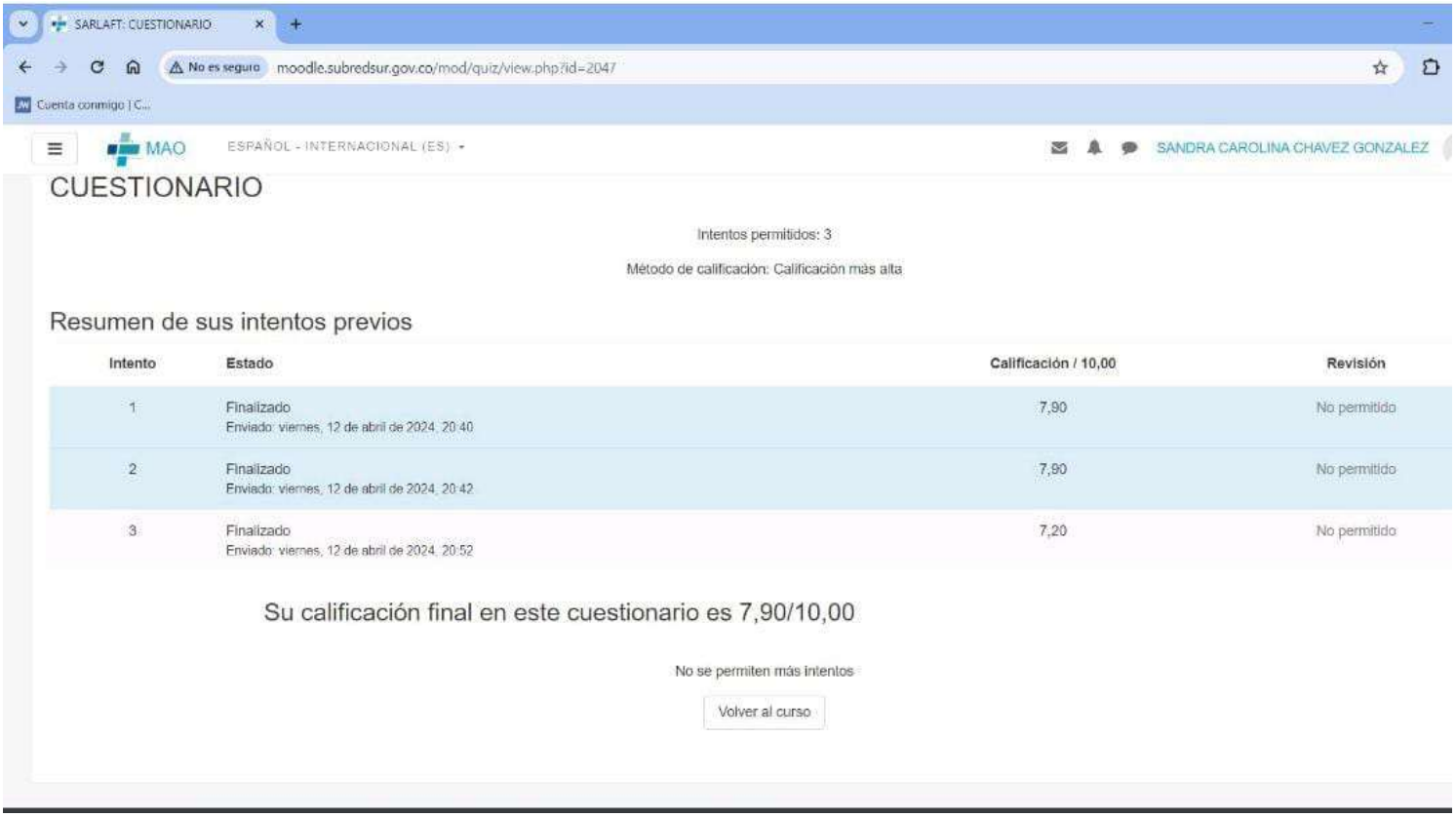
Fecha

23 de abril de 2024 a las 10:26 a. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia


AUXILIAR DE ENFERMERIA
MONITOREO DIARIO RELEV
Login || EAC
WhatsApp
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10615021
Nuevo Chrome disponible
Ver contrato
Datos guardados
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Buscar
Dirección
16°C
10:21 p. m.
25/04/2024


SARLAFT: CUESTIONARIO
No es seguro
moodle.subredsur.gov.co/mod/quiz/view.php?id=2047
Cuenta conmigo | C...
MAO
ESPAÑOL - INTERNACIONAL (ES)
SANDRA CAROLINA CHAVEZ GONZALEZ
CUESTIONARIO
Intentos permitidos: 3
Método de calificación: Calificación más alta
Resumen de sus intentos previos
Intento
Estado
Calificación / 10,00
Revisión
1
Finalizado
Enviado: viernes, 12 de abril de 2024, 20:40
7,90
No permitido
2
Finalizado
Enviado: viernes, 12 de abril de 2024, 20:42
7,90
No permitido
3
Finalizado
Enviado: viernes, 12 de abril de 2024, 20:52
7,20
No permitido
Su calificación final en este cuestionario es 7,90/10,00
No se permiten más intentos
Volver al curso

Información

Encuesta de percepción sobre participación ciudadana y control social dirigida a servidores y colaboradores públicos en el Distrito Capital - 1 enviado correctamente

OK

4

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

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