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:	AIDA YAMILE MORA VELANDIA		**Número de Documento:**	52930152	
Correo Electrónico:	aidayamile.ym@gmail.com		**Número Telefónico:**	3106969156	
Nombre del Supervisor:	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5415-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	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		2023-04-05		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-05-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 2045916	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2460596	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2460448	2454
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 2460448	2827

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 2460448	3089
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 4920896	3518
7	2024-01-01	2024-02-15	7	$ 3690672	224
8	2024-02-01	2024-03-06	8	$ 1230224	620
9	2024-03-01	2024-05-31	9	$ 7381344	763

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ABRIL	$ 2045916
2	MAYO	$ 2460448
3	JUNIO	$ 2447076
4	JULIO	$ 2473820
5	AGOSTO	$ 2460448
6	SEPTIEMBRE	$ 2460448
7	OCTUBRE	$ 2460448
8	NOVIEMBRE	$ 2460448
9	DICIEMBRE	$ 2460448
10	ENERO	$ 2460448
11	FEBRERO	$ 2460448
12	MARZO	$ 2460448
13	ABRIL	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 4920748	**$ 34031740**	**$ 31571292**	**$ 2460448**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	1.dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	--Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida.	-Se genera canalizar con solicitud especifica.
2	2.realizar proceso de talla y peso de los niños, niñas, adolescentes de los establecimientos educativos oficiales	-Asistencia y participación en cada una de las concentraciones proyectadas según micro plantación.	-Acta de participación y asistencia.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3. realizar las canalizaciones que se evidencien en la base de la institucion educativa que cuente con el proceso de talla y peso.	- -Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos,protocolos,	-Entrega de formatos en tiempo real.
4	4. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida basados en la Necesidad del usuario	-Se genera canalizar con solicitud especifica.
5	5.debera de realizar acciones de informacion y educacion de forma ludica frente a la salud bucal a los cursos concertados.	-Dar conocer el portafolio de servicios el aplica según grupo de edad para logar la disminuir los riesgos de morbi-mortalidad.	-Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activación de ruta según la necesidad
6	6.garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extra mural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extra murales	-Formato SIS 150
7	7. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	---Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura	-Formato diligenciado con veracidad.
8	8. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental	-Acta de asistencia y participación
9	9. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	-Registro con información clara y veraz en el registro de las vacunas en cada formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico	-Sis de registro diario
10	10. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el 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
11	11. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic.	-Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas.	-Asistencia y participación en las actividades.

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9464882747	-		$ 2460448
2024	MARZO	2024	04	15				
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1300000	$ 208000	**$ 208800**
Salud		SALUD TOTAL		$ 162500	**$ 163100**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 403800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	007590351529

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AIDA YAMILE MORA VELANDIA	2024-04-26 08:47:17
RECHAZADO SUPERVISOR	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	2024-04-29 09:34:33
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AIDA YAMILE MORA VELANDIA	2024-04-29 10:00:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	2024-04-29 18:35:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-04-30 17:35:50
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 12:36:04

Yizeth M. Roncancio G.

YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2

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 52930152		MORA VELANDIA AIDA YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38c sur 91 a 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4520446	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	574961198	9464882747	I	2024/04/11	2024/04/15	BANCO DAVIVIENDA	4	$403,800

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 52930152	MORA AIDA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$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 52930152		MORA VELANDIA AIDA YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38c sur 91 a 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4520446	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	574961198	9464882747	I	2024/04/11	2024/04/15	BANCO DAVIVIENDA	4	$403,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$800	$0	$208,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$800	$0	$208,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$600	$0	$163,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$600	$0	$163,100
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$1,600**	**$0**	**$403,800**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
574961198

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9464882747

Fecha
14/04/2024

Número de aprobación
00961198

Dirección IP
45.238.181.195

Valor transacción
$ 403.800,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
45.238.181.195	CC	52930152

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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		
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO-5415-2023.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO-5415-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO CTO-5415-2023..pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CTO-5415-2023..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO CTO-5415-2023.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO CTO-5415-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO-CTO-5415-2023.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO-CTO-5415-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO-5415-2023.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO-5415-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CTO-5415-2023.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CTO-5415-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTO-5415-2023.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTO-5415-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO-5415-2023.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO-5415-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO-5415-2023.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO-5415-2023.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ENERO CTO-5415-2023.pdf.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO CTO-5415-2023.pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO-5415-2023.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO-5415-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO CTO-5415-2023.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO CTO-5415-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

vDfhsBJSVD

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

AIDA YAMILE MORA VELANDIA

52930152

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 18, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ