| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-05-01 | **Hasta:** | 2024-05-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ | | **Número de Documento:** | 1024539837 | |
| **Correo Electrónico:** | cdamadom@unal.edu.co | | **Número Telefónico:** | 3159271388 | |
| **Nombre del Supervisor:** | SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTAÑO | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4894-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1026 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K31PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 184 | 0 | 21729 | $3998136 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 3998136** | **TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2023-03-27 | | | **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 | $ 2071509 | 1551 |
| 2 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 2 | $ 3998268 | 2123 |
| 3 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 3 | $ 3998136 | 2454 |
| 4 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 4 | $ 3998136 | 2827 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 5 | $ 4454445 | 3089 |
| 6 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 6 | $ 8865432 | 3518 |
| 7 | 2024-01-01 | 2024-02-15 | 7 | $ 5997204 | 224 |
| 8 | 2024-02-01 | 2024-03-06 | 8 | $ 1455843 | 620 |
| 9 | 2024-02-01 | 2024-03-06 | 9 | $ 543225 | 675 |
| 10 | 2024-03-01 | 2024-05-31 | 10 | $ 11994408 | 763 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | MARZO | $ 543225 |
| 2 | ABRIL | $ 2194629 |
| 3 | MAYO | $ 3998136 |
| 4 | JUNIO | $ 3976407 |
| 5 | JULIO | $ 4019865 |
| 6 | AGOSTO | $ 3998136 |
| 7 | SEPTIEMBRE | $ 3998136 |
| 8 | OCTUBRE | $ 4454445 |
| 9 | NOVIEMBRE | $ 4867296 |
| 10 | DICIEMBRE | $ 3998136 |
| 11 | ENERO | $ 3998136 |
| 12 | FEBRERO | $ 3998136 |
| 13 | MARZO | $ 3998136 |
| 14 | ABRIL | $ 3998136 |
| 15 | MAYO | $ 3998136 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 8662485** | **$ 56039091** | **$ 56039091** | **$ 0** |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. realizar y/o acompañar visitas de inspeccion, vigilancia y control sanitario, toma y envio de muestras (si fuera necesario), operativos, en las diferentes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada que le sean designadas, apoyar las jornadas de vacunacion canina y felina a las que sea requerido, y afines al perfil profesional ingeniero quimico, conforme a lo establecido en los documentos tecnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud (sds), brindando asesoria tecnica a la comunidad en normatividad sanitaria vigente, garantizando el cumplimiento de las metas asignadas por la institucion. | Se desarrolla fortalecimiento de capacidades, asistencia técnica y seguimiento a eventos por intoxicaciones con sustancias químicas del evento 365. | Actas de seguimientos semana a semana de la base de datos del evento 365, fortalecimiento de capacidades y asistencias técnicas |
| 2 | 2. presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. | Se realiza informe semanal de seguimiento a eventos por intoxicaciones por sustancias químicas y al final de mes se envía soportes de correcciones realizadas a la base del evento 365 | Se entregan actas de reunión, listados de asistencia e informes de las labores realizadas durante el mes de Mayo respecto al evento 365 |
| 3 | 3. cumplir con los respectivos cronogramas de las visitas y acciones de los productos que alimentan los sistemas de informacion en vigilancia sanitaria y ambiental y otros. | Se realiza retroalimentación diaria del cronograma, informando el cumplimiento o no del programa de actividad | Cronograma del mes de Mayo con la relación de las actividades realizadas y las observaciones correspondientes y programación del mes de Junio de 2024. |
| 4 | 4. dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas y recepcionadas al componente de vigilancia en salud ambiental entregandolas al lider operativo de las lineas de intervencion donde sea asignado(a). | No se asignó ninguna actividad relacionada para el período a certificar. | Ninguna |
| 5 | 5. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la sds, recomendaciones del coordinador de vigilancia en salud ambiental, y por el lider operativo. | No se asignó ninguna actividad relacionada para el período a certificar. | Ninguna |
| 6 | 6. cumplir con la disponobilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e. | Contar con la disponibilidad para atender casos de brotes o alertas epidemiológicas | Informes SITREP relacionados con los eventos ocurridos. |
| 7 | 7. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados. | Organizar y documentar los productos entregados en el mes para permitir un almacenamiento correcto | Base de datos e informes con fechas de relación de las actividades realizadas |
| 8 | 8 las demas acciones que se requierean de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic. | No se asignó ninguna actividad relacionada para el período a certificar. | Ninguna. |

## 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 | $ 3998136 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 76608537 | - | | |
| 2024 | ABRIL | 2024 | 05 | 14 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1599254 | $ 255881 | **$ 256800** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 199907 | **$ 200700** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 38958 | **$ 39200** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 464136** | **$ 496700** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 570007770329519 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ | 2024-05-25 15:59:43 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTANO | 2024-05-25 20:12:42 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-05-26 10:58:06 |
| 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 | 2024-06-17 14:39:34 |

**SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTAÑO**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO**


***© 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 | 1024539837 | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ | CR 1 32A-59 | 9047347 | cdamadom@unal.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | SI |

| 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 | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 14/05/2024 | 76608537 | $528.900 | |

## 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 | 200.000 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 700 | 0 | 200.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 900 | 0 | 256.800 | 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 | 39.000 | | | | 39.000 | 4 | 200 | 39.200 | | | 390 | 39.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 32.000 | 4 | 200 | 32.200 | 1 |

**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 | 200.000 | 200.700 |
| Pensión | 1 | 255.900 | 256.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.000 | 39.200 |
| CCF | 1 | 32.000 | 32.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 526.900 | 528.900 |

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 | 1024539837 | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ | | CR 1 32A-59 | 9047347 | cdamadom@unal.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | SI |

| 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 | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 14/05/2024 | 76608537 | $528.900 | |

## 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 | 1024539837 | AMADO MARTINEZ CRISTIAN DAVID | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.599.255 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.599.255 | 200.000 | 14-11 | 1.599.255 | 3 | 39.000 | CCF24 | 1.599.255 | 32.000 | 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARZO CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO MARZO CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MAYO CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JULIO CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO JULIO CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ENERO CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO ENERO CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARZO 2024 - CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO MARZO 2024 - CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 - CTO 4894-2023.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 - CTO 4894-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >