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:	ANGIE BRILLITH FARFAN PADILLA		**Número de Documento:**	1015465478	
Correo Electrónico:	ANGIEFARFAN16@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3016400531	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4851-2023	**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
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	6	21729	$4128510	103.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4128510**	**CUATRO MILLONES CIENTOVEINTIOCHO MIL QUINIENTOS DIEZPESOS**					

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	$ 3875016	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	$ 4150239	2827

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 3998136	3089
6	2023-11-01	2023-12-31	6	$ 7996272	3518
7	2024-01-01	2024-02-15	7	$ 7083654	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	$ 13080858	763
11	2024-05-01	2024-05-31	11	$ 130374	1313

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 543225
2	ABRIL	$ 3998136
3	MAYO	$ 3998136
4	JUNIO	$ 3976407
5	JULIO	$ 4019865
6	AGOSTO	$ 3998136
7	SEPTIEMBRE	$ 4150239
8	OCTUBRE	$ 3998136
9	NOVIEMBRE	$ 3998136
10	DICIEMBRE	$ 3998136
11	ENERO	$ 5084586
12	FEBRERO	$ 3998136
13	MARZO	$ 5084586
14	ABRIL	$ 3998136
15	MAYO	$ 4128510

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8662485	**$ 58972506**	**$ 58972506**	**$ 0**

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

1	1. fomentar en personas con discapacidad, familias, cuidadoras y lideres, la adquisicion gradual de capacidades para la autogestion, la autonomia y el empoderamiento en practicas de cuidado y autocuidado	-Se realiza la identificación a población mayor de 18 años de riesgos en salud asociados a enfermedades crónicas no trasmisibles a través de la aplicación de herramientas de tamizaje, con base a esta identificación se realizan acciones direccionadas a la gestión integral del riesgo, la promoción y hábitos y estilos de vida saludable.	-Formatos de captación cuídate se feliz, carnet pasaporte al cuidado de mi salud.
2	2. seguimiento presencial o no presencial a cada persona con discapacidad psicosocial asociada a trastorno mental y/o a un familiar o cuidador de esta, quien determinara el estado actual de su salud mental, las necesidades de apoyo psicosocial y la activacion de rutas si es pertinente.	-De acuerdo a la identificación del riesgo en la población mayor de 18 años y según criterios definidos en ficha técnica del producto se realiza un plan de automanejo personalizado, referente a las acciones de promoción y educación en salud, como la práctica regular de actividad física, alimentación saludable, prevención del consumo nocivo de tabaco y alcohol; según la caracterización y criterio profesional que se le realiza a cada usuario se procede a generar proceso de canalización activación de ruta necesaria.	-Formatos de captación cuídate se feliz, carnet pasaporte al cuidado de mi salud.
3	3. identificar y direccionar a personas con discapacidad, a su grupo familiar y/o cuidadoras/res donde se encuentren necesidades y prioridades de orientacion y asesoria.	-Se procede a realizar una identificación de riesgo a la población mayor de 18 años, en donde se pretende mejorar el estado de salud y prevenir la aparición de enfermedades crónicas no trasmisibles como obesidad, diabetes hipertensión, enfermedades cardiovasculares, enfermedad respiratoria crónica, cáncer, alteraciones visuales y auditivas - comunicativas.	-Formatos de captación cuídate se feliz, carnet pasaporte al cuidado de mi salud, Formato condiciones crónicas de salud y embarazo.
4	4. realizar acciones de informacion, educacion y comunicacion (iec), en alimentacion saludable, disminucion en el consumo de tabaco y alcohol, planes de automanejo, actividad fisica, habitos de vida saludable y educacion en indice bogotano de calidad de aire (iboca)	-Se realizan jornadas en población mayor de 18 años, descubriendo una valoración individual a partir del tamizaje y la toma de medidas antropométricas, para así identificar si existe algún riesgo cardiovascular, se brindan recomendaciones de hábitos de vida saludable para la prevención y manejo de medidas preventivas para evitar o controlar las enfermedades crónicas no transmisibles.	-Formatos de captación cuídate se feliz, carnet pasaporte al cuidado de mi salud.
5	5. orientar acciones diferenciales para el cuidado y prevencion del contagio de covid-19 en poblaciones con discapacidad.	-Se brindarán recomendaciones a los usuarios sobre las prácticas de autocuidado, el uso de tapabocas en lugares cerrados y transporte publico, el lavado y desinfección de manos de manera constante.	-Carnet pasaporte al cuidado de mi salud.
6	6. identificar por medio de tablas de referencia las alertas por riesgo cardiovascular utilizando talla, peso y perimetro abdominal e indice de masa corporal.	-Se realiza una evaluación final de los resultados del tamizaje valorando si el usuario presenta un riesgo cardiovascular, así mismo se le da a conocer los signos de alerta ante una enfermedad crónica, que pueden ser las consecuencias y se brindan recomendaciones a seguir para evitar, disminuir o controlar los factores de riesgo presentes; el usuario al finalizar el tamizaje firma en el formato de cuídate y se feliz dando así el consentimiento de la entrega de la información que se le brindo tanto física como verbal.	-Formatos de captación cuídate se feliz, carnet pasaporte al cuidado de mi salud.
7	7. canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementacion del modelo integral de atencion en salud (mias), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros	-Se realiza proceso de canalización de acuerdo a la identificación de características de personas con riesgo o presencia de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas, alteraciones nutricionales, visuales y auditivas o con finalizada de promoción y mantenimiento de la salud , según requerimiento individual de cada usuario con la aceptación del mismo.	-Formatos de captación cuídate se feliz, Formato de canalización.
8	8. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e	-Entrega de 23 jornadas en el mes de Mayo.	-Formatos de captación cuídate se feliz.

9	9. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados	-Se realiza la entrega correspondiente al líder o supervisor encargado de la documentación obtenida, así mismo se realiza una identificación de las fortalezas y debilidades presentadas en las jornadas del mes anterior.	-Formatos de captación cuídate se feliz
10	10. las demas acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic.	-Asistencia a reuniones con profesionales de apoyo del entorno comunitario: reuniones de apropiación conceptual con el líder de apoyo, reuniones de asistencias técnicas referente a seguimientos, proyecciones de las actividades del mes en curso y proyecciones de puntos cuídate, se feliz.	-Actas de reuniones y mesas de trabajo, listados de asistencia.

© 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	$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	77063823	-		
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	$ 256000
Salud		SALUD TOTAL		$ 199907	$ 200000
ARL	3	POSITIVA		$ 38958	$ 39000
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	$ 495000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	275393486

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE BRILLITH FARFAN PADILLA	2024-05-24 21:57:50
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JEISON RODRIGO PARRA TRIANA	2024-05-29 10:30:24
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-29 14:25:00
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 14:39:29



JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 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	1015465478	ANGIE BRILLITH FARFAN PADILLA	carrera 87 a # 86 - 79	3016400531	angiefarfan16@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	14/05/2024	77063823	$495.000	

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	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

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	1015465478	ANGIE BRILLITH FARFAN PADILLA		carrera 87 a # 86 - 79	3016400531	angiefarfan16@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	77063823	$495.000	

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	Estornudo	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	1015465478	FARFAN PADILLA ANGIE BRILLITH	59	0			N																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS002	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	3	39.000		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		
	CUENTA MARZO 2023 CTO 7269-2023.pdf (Archivado)	CUENTA MARZO 2023 CTO 7269-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA MARZO 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA ABRIL 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA MAYO 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA JUNIO 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA JULIO 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA AGOSTO 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2023 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2023 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2024 CTO 4851-2023.pdf	CUENTA ENERO 2024 CTO 4851-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2024 CTO 4851-2023.pdf.pdf	CUENTA FEBRERO 2024 CTO 4851-2023.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2024 CTO 4851 - 2023.pdf	CUENTA MARZO 2024 CTO 4851 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2024 CTO 4851 - 2023.pdf	CUENTA ABRIL 2024 CTO 4851 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >