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:	MARIBEL CRUZ SEGURA		**Número de Documento:**	24163895	
Correo Electrónico:	maribellcruzs12@gmail.com		**Número Telefónico:**	3105725070	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5251-2023	**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
K27PINS	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		2023-03-30		**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	$ 3998136	2827

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 3998136	3089
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 7996272	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	$ 3998136
3	MAYO	$ 3998136
4	JUNIO	$ 3976407
5	JULIO	$ 4019865
6	AGOSTO	$ 3998136
7	SEPTIEMBRE	$ 3998136
8	OCTUBRE	$ 3998136
9	NOVIEMBRE	$ 3998136
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	**$ 56517129**	**$ 56517129**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	1.realizar caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado institucionales.	--Implementación del plan de cuidado propuesto para cada una de las instituciones priorizadas	-Formato Plan de cuidado institucional y formato de sesiones colectivas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	2.brindrar consejeria en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rapidas en vih y realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de vih – reactivo y sifilis con resultado positivo, asesorias pretest, post-test y tamizaje vih, y test sifilis.	-Se brinda consejería y educación en salud sexual y reproductiva, se realiza asesoría pretest aplicación de pruebas rápidas VIH-Sífilis -Hepatitis B y correspondiente asesoría post-test, en caso de resultado positivo o reactivo se realiza seguimiento permanente de caso	-Formatos SISCO totalmente diligenciados, matriz seguimiento a casos priorizados retroalimentada
3	3. asesorias a cuidadores, cuidadoras, acudientes para cursos de vida segun tipo de institucion para la promocion de la salud y la prevencion de enfermedades.	-Realizar plan institucional que permita la formulación y desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación para la salud, así como de gestión integral de riesgos identificados.	-Formato de plan de cuidado institucional, sesiones colectivas y demás formatos establecidos
4	4. identificar y riesgos en la poblacion abordada para notificacion eventos de interes en salud publica y activacion de rutas integrales de salud	-Se realiza diligenciamiento del formato de canalizaciones en magnético de casos con riesgo en salud identificados y envió al profesional de activación de rutas del entorno institucional	-Formato correspondiente Activación de ruta
5	5.diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento de la secretaria distrital y/o institucional y elaboracion de informes segun competencia .	-Alimentar los informes y matrices relacionadas con la ejecución del producto 134, instituciones diferenciales, en los tiempos requeridos	-nforme mensual y diferentes matrices correspondientes al proceso
6	6. cumplir con la disponibilidad asignada de acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	-Realizar jornadas y actividades solicitadas teniendo en cuenta el portal de servicios ofertados de la E.S.E	-Acta de encuentros de entorno institucional y secretaria distrital de salud informes requeridos según corresponda y demás formatos solicitados
7	7. adherirse al proceso de gestion documental en la organizacion y custodia de los documentos generados.	-Presentación de soportes según las especificaciones de gestión documental	-Carpetas foliadas y rotuladas según los direccionamientos de gestión documental
8	8. otras acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institucion, entorno y del pic.	-Reunión de equipo institucional, asistencia técnica SDS	-Acta de encuentros de entorno institucional y secretaria distrital de salud

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**	9466676607	-		
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	COLFONDOS	$ 1599254	$ 255881	**$ 255900**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4870404128

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIBEL CRUZ SEGURA	2024-05-26 11:43:08
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	2024-05-27 10:26:54
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-27 11:29:34
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 14:39:16



GLORIA MARCELA GARZON RUIZ
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)