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:	JASMILE DEL PILAR NUÑEZ MENDOZA		**Número de Documento:**	39004497	
Correo Electrónico:	jasmilenume_2006@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3105816986	
Nombre del Supervisor:	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4530-2023	**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
K32PI	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	$ 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	$ 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	$ 3998136
3	MAYO	$ 3998136
4	JUNIO	$ 3976407
5	JULIO	$ 4019865
6	AGOSTO	$ 3998136
7	SEPTIEMBRE	$ 3998136
8	OCTUBRE	$ 3998136
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	**$ 57386289**	**$ 57386289**	**$ 0**

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

1	1. realizar apropiacion conceptual de los lineamientos y fichas tecnicas que se establezcan para cada convenio por parte de sds.	PARA EL MES DE MAYO SE REALIZAN 36 VISITAS QUE CORRESPONDEN A IEC DEL SUB SISTEMA DE CRONICOS ENTRE EVENTOS 155 CA DE MAMA , Y CA DE CUELLO UTERINO Y 115 MENORES DE 18 AÑOS CON CANCER FORMATO DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DILENCIADO OPORTUNAMENTE CON CRITERIOS DE CALIDAD Y COMPLETITUD MATRIZ DE SEGUIMIENTO	FORMATO DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DILENCIADO OPORTUNAMENTE CON CRITERIOS DE CALIDAD Y COMPLETITUD MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE FAMILIAR
2	2.realizar visita domiciliaria diligenciando caracterizacion, familiar para la identificacion, gestion de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos.	SE REGISTRA INFORMACION POR MEDIO DE LA BASE DE ASIGNACION, SE MANTIENE ACTUALIZADA,SE DILIGENCIA FORMATO DE IEC POR MEDIO DE PLATAFORMA DRIVE, SE REALIZA FAMILIOGRAMA EN APLICACION GENOPRO	BASE DE ASIGNACION Y FORMATO DE IEC EXCEL,BARRERA DE ACCESO,ANEXO 11,FORMATO DE CANALIZACIONES
3	3. realizar activacion de ruta, notificacion de eventos de interes en salud publica, agendamiento segun el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento.	SE REALIZA IDENTIFICACION DE RIESGO Y ALERTAS EN SALUD EN TODOS LOS USUARIOS,A LOS CUALES SE LES REALIZO IEC ACORDE AL EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA	FORMATO DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ,DILIGENCIADO OPORTUNAMENTE CON CRITERIOS DE CALIDAD Y COMPLETITUD DE MATRIZ
4	4. realizar la toma de muestra de covid19 por medio de hisopado nasofaringeo de acuerdo a protocolo del ministerio de salud	REALIZAR GESTION DE RIESGO ACORDE A LA IDENTIFICACION DE ALERTAS PROCEDIENDO A EL DILIGENCIAMIENTO COMPLETO CON CRITERIOS DE CALIDAD Y ENVIO OPORTUNO DE FORMATOS DE CANALIZACION DE RUTAS	ENVIO Y REALIZACION OPORTUNA DE FORMATOS DE CANALIZACION DE RUTAS CON CRITERIOS DE CALIDAD Y COMPLETITUD MEDIANTE CORREO ELECTRONICO
5	5.realizar identificacion de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interes en salud publica, asi mismo brindar educacion acorde a la necesidad del usuario y garantizar adherencia al tratamiento.	PARTICIPACION EN REUNIONES Y ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMADAS Y CONVOCADAS POR LA SUB RED SUR,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA
6	6. proyectar y actualizar cronograma de actividades acorde a los productos establecidos.	SE REALIZA CRUCES DE INFORMACION PARA QUE TODOS LOS FORMATOS QUEDEN DILIGENCIADOS CORRECTAMENTE CON LOS MISMOS DATOS ,SE VERIFICA LA FICHA DE NOTIFICACION Y QUE SEA CONGRUENTE CON LA BASE DE ASIGNACION	BASE DE ASIGNACION ACTUALIZADA FICHA DE NOTIFICACION CORREGIDA,FORMATO DE IEC COMPLETAMENTE DILIGENCIADO DONDE LOS DATOS CONCUERDEN CON LA BASE Y LA FICHA
7	7. participar en reuniones, asistencias tecnicas convocadas por la subred y/o sds.	PARTICIPACION EN REUNIONES Y ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMADAS Y CONVOCADAS POR LA SUB RED SUR ,VIGILANCIA EPIEDEMIOLOGICA Y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTAS
8	8. presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o sds.	SIN APLICACION	SIN APLICACION
9	9. 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 referente y el lider.	SIN PARTICIPACION	SIN PARTICIPACION

10	10 .adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.	DILIGENCIAMIENTO ORGANIZACION Y ENTREGA DE SOPORTES DE LAS INTERVENCIONES DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DADOS POR LA GESTION DOCUMENTAL TENIENDO EN CUENTA LA CALIDAD Y LA VERACIDAD DE ESTOS	ENTREGA DE FICHAS QUE TIENEN FORMATOS DE SEGUIMIENTO ACORDE A LOS REQUISITOS DE GESTION DOCUMENTAL

© 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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8376264507	-		$ 3998136
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1599254	$ 255881	**$ 255900**
Salud		SÁNITAS		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	004200244376

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JASMILE DEL PILAR NUÑEZ MENDOZA	2024-05-23 14:52:32
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	2024-05-24 14:41:20
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-24 16:58:16
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 14:39:17



ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - LIDER DE PROCESO

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JASMILE DEL PILAR NUÑEZ MENDOZA**, identificada con **CC** número **39004497**, aportó por el empleado **JASMILE DEL PILAR NUÑEZ MENDOZA** identificado(a) con **CC** número **39004497** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 04 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,599,300	0.16000	$255,900	$0	$0	Abril - 2024	8376264507	14/05/2024	NO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,599,300	0.02436	$39,000	$0	$0	Abril - 2024	8376264507	14/05/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	59															0		30	$1,599,300	0.12500	$200,000	$0	$0	Abril - 2024	8376264507	14/05/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **23** días del mes **Mayo** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción esta sujeta a verificación posterior, El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reservará y el (los) titulo(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

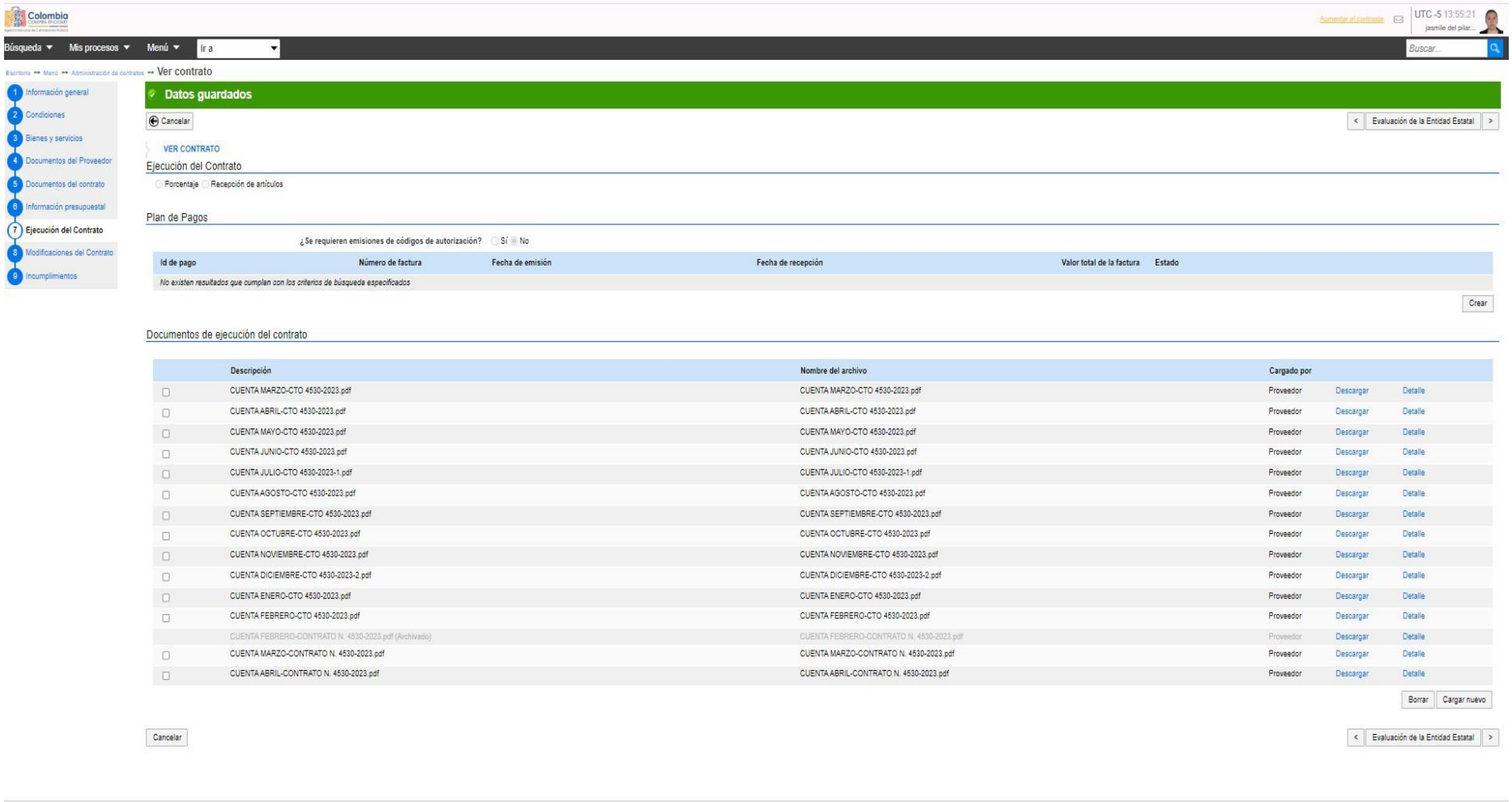
Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0027501 ****1086 T1283
FTx11/05/24 14:21H.N0275 Portal de
202404 83 Mi Planilla
PLANILLA No.0000083762645O7
Identificacion39004497
VALOR PLANILLA:494,900.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:494,900.00

VALOR $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

Powered by CamScanner


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 13:55:21
jasmile del pilar...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➞ Menú ➞ Administración de contratos ➞ Ver contrato
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 MARZO-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA ABRIL-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA MAYO-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA JUNIO-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA JULIO-CTO 4530-2023-1.pdf
CUENTA AGOSTO-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA SEPTIEMBRE-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA OCTUBRE-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA NOVIEMBRE-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA DICIEMBRE-CTO 4530-2023-2.pdf
CUENTA ENERO-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA FEBRERO-CTO 4530-2023.pdf
CUENTA FEBRERO-CONTRATO N. 4530-2023.pdf (Archivado)
CUENTA MARZO-CONTRATO N. 4530-2023.pdf
CUENTA ABRIL-CONTRATO N. 4530-2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >