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:	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ		**Número de Documento:**	52126921	
Correo Electrónico:	aurayamandarosalba2879@gmail.com		**Número Telefónico:**	3223144935	
Nombre del Supervisor:	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5164-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 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	25071	$4613064	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4613064**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS**					

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	$ 4470945	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 4613064	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 4613064	2454
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 4613064	2827

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 4613064	3089
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 9226128	3518
7	2024-01-01	2024-02-15	7	$ 6919596	224
8	2024-02-01	2024-03-06	8	$ 1679757	620
9	2024-02-01	2024-03-06	9	$ 626775	675
10	2024-03-01	2024-05-31	10	$ 13839192	763

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 626775
2	ABRIL	$ 4613064
3	MAYO	$ 4613064
4	JUNIO	$ 4613064
5	JULIO	$ 4613064
6	AGOSTO	$ 4613064
7	SEPTIEMBRE	$ 4613064
8	OCTUBRE	$ 4613064
9	NOVIEMBRE	$ 4613064
10	DICIEMBRE	$ 4613064
11	ENERO	$ 4613064
12	FEBRERO	$ 4613064
13	MARZO	$ 4613064
14	ABRIL	$ 4613064
15	MAYO	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9995022	**$ 65209671**	**$ 65209671**	**$ 0**

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

1	1. desarrollar acciones integrales de promocion de la salud, prevencion de la enfermedad y gestion del riesgo segun curso de vida de acuerdo a las necesidades de la poblacion desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas.	-Apoya la planeación, organización, seguimiento y evaluación de las jornadas de vacunación nacionales, distritales y locales; búsqueda de la población pendiente por iniciar, continuar y complementar esquemas vacunales.	-Programación jornadas nacionales, distritales y locales; logísticas puntos centrales de vacunación, concertaciones jardines, instituciones educativas u otros lugares para jornadas de vacunación
2	2. garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorias y auditorias internas y externas segun requerimiento.	-Seguimiento a la digitación diaria por medio de las descargas diarias del aplicativo PAI 2.0	-Macro SIS 150-
3	3. asegurar la custodia y proteccion de los documentos fisicos y magneticos entregados para la ejecucion de sus actividades	--Se realiza entrega de los informes realizados durante el mes con su gestión documental	---productos mensuales
4	4. activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activacion de rutas y canalizacion)	-se realizan canalizaciones en campo por las binas vacunadoras -- -- -canalizaciones -- ---	-canalizaciones
5	5. informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos	-Informe de novedades y eventualidades presentadas que afecten la ejecución de la actividad.	-Correo electrónico
6	6. efectuar la asistencia tecnica en los 5 componentes del programa ampliado de inmunizaciones que incluye la adherencia a guias, la evaluacion de indicadores del programa, estrategias implementadas para demanda inducida, fidelizacion de los usuarios capitados, seguimiento a vacunados, funcionamiento del aplicativo pai en las ips publicas (incluida extramural), privadas, partos, particulares y pediatras.	-no aplica	---no aplica -
7	7. ejercer monitoreo, analisis, seguimiento y evaluacion de los indicadores en todas las vacunas en el menor de 6 años del programa ampliado de inmunizaciones en las ips publicas (incluida extramural), privadas, partos, particulares y pediatras	-Depuración de bases enviada por la SDS con entrega a los técnicos auxiliares para el seguimiento a la cohorte con verificación del esquema de vacunación. --- -- - ---- --	-Esquema de vacunación
8	8. consolidar el inventario de los elementos y/o equipos de la cadena de frio del 100% de ips publicas (incluida extramural), privadas, partos, particulares y pediatras.	-Realización del informe de movimiento de biológicos e insumos no biológicos acorde a entrega, recepción y despacho -Movimiento de biológico e insumo no biológico	-Se realiza entrega de los informes realizados durante el mes con su gestión documental -productos mensuales
9	9. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-Realización del informe de movimiento de biológicos e insumos no biológicos acorde a entrega, recepción y despacho -	-Movimiento de biológico e insumo no biológico
10	10. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic.	--Se realiza entrega de los informes realizados durante el mes con su gestión documental	-productos mensuales

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	$ 4613064
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	76527345	-		
2024	ABRIL	2024	05	14				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1845226	$ 295236	**$ 297000**
Salud		FAMISANAR		$ 230653	**$ 232100**
ARL	3	SURA		$ 44950	**$ 45300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	**$ 574400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870236918

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ	2024-05-25 11:14:35
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	2024-05-25 13:56:10
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-26 12:42:05
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 14:39:18

Yizeth M. Roncancio G.

YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2

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	52126921	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ	DIAGONAL 64 BIS No 18V 24 SUR	6425264	aurayamandarosalba2879@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	76527345	$611.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	230.700	0		0		0	7	1.400	0	232.100	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	295.300	0	0	0	0	7	1.700	0	297.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.000				45.000	7	300	45.300			450	45.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.000	7	300	37.300	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	230.700	232.100
Pensión	1	295.300	297.000
Riesgos Laborales	1	45.000	45.300
CCF	1	37.000	37.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.000	611.700

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
CC	52126921	AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ		DIAGONAL 64 BIS No 18V 24 SUR	6425264	aurayamandarosalba2879@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	76527345	$611.700	

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	52126921	GALINDO RODRIGUEZ AURA YAZMIN	59	0			N																	230301	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS017	1.845.226	230.700	14-11	1.845.226	3	45.000	CCF24	1.845.226	37.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
636444781

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
13/05/2024

Número de aprobación
00444781

Dirección IP
190.27.113.15

Valor transacción
$ 611.700,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.66.32	CC	52126921

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

Powered by CamScanner

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		
☐	5164-2023 MARZO.pdf	5164-2023 MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164-2023 ABRIL AURA.pdf	CTO 5164-2023 ABRIL AURA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO5164-2023 MAYO	71.AURA GALINDO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164-2023 JUNIO	70.AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164-2023 JULIO	69.AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164-2023 AGOSTO	69.AURA GALINDO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164 -2023 SEPTIEMBRE	69.AURA GALINDO....pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164-2023 OCTUBRE	70.AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ HH.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164-2023 NOVIEMBRE	68..AURA YAZMIN GALINDO RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164-2023 DICIEMBRE	71.AURA JAZMIN GALINDO RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO ENERO 2024 AURA.pdf	CTO ENERO 2024 AURA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164-2024 FEBRERO	AURA FEF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cto 5164-2024 MARZO	output.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5164-2024 -ABRIL	output (8).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >