| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-03-01 | **Hasta:** | 2024-03-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | OSCAR NICOLAS AVILA RUBIANO | | **Número de Documento:** | 79636802 | |
| **Correo Electrónico:** | NICOAVILA73@GMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3125363231 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ | **Cargo:** | DIRECTOR ADMINISTRATIVO | **Código - Grado:** | 009-05A |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3310-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 478 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO V | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS MEISSEN | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| R03SA | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVA | $4542300 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4542300** | **CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2024-02-01 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-04-30 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | FEBRERO | $ 4542300 | |
| 2 | MARZO | $ 4542300 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 13626900** | **$ 13626900** | **$ 9084600** | **$ 4542300** |

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


***© Siasur - 2024***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Liderar los equipos de mantenimiento de las unidades asignadas (seguimiento al talento humano, actividades e insumos), de manera que garanticen el cumplimiento de las actividades de infraestructura y mantenimiento planeados en el marco de la Resolucion 3100 de 2019 (Habilitacion de los servicios de salud). | Se realiza a adecuaciones y programadas dentro del plan de mantenimiento tanto preventivo como correctivo para la unidad de Meissen dentro del período se apoya a la oficina de desarrollo con adecuaciones para el servicio de gineco, esterelizacion, urgencias | Se realiza el diligenciamiento del formato GA-MAN-FT03-V1 se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades |
| 2 | 2. Elaborar, ejecutar y hacer seguimiento al Plan de Mantenimiento preventivo anual y al Mantenimiento correctivo para las unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. | Se realiza programación de intervenciones de adecuación con relación a entrega de espacios, en el area de bienestar medicocomo el plan de mantenimiento de hospital de Meissen. | Se realiza diligenciamiento del formato GA-MAN-FT03-V1 se envía registro fotográfico con evidencia de las actividades realizadas |
| 3 | 3.Elaborar las programaciones mensuales de las intervenciones a realizar. | Durante el periodo se realiza programacion de actividades para la unidad de Meissen | Por medio del correo electrónico se envía información de necesidades de las diferentes unidades y se solicita cotización de proveedores |
| 4 | 4.Realizar el apoyo a la supervision de los contratos que le sean asignadas. | Se cumple con el apoyo a la supervision de los contrato de antideslizantes | Se realiza el diligenciamiento del formato GA-MAN-FT03-V1 se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizadas |
| 5 | 5. Dar cumpliento a las normas de habilitacion, calidad y buenos acabados en cada una de las actividades. | Durante el periodo se adelanta adecuaciones en meissen para la habilitacion en salud, con personal supervisando la ejecucion y la buena calidad de mano de obra. | Se entregan planos se realiza informas mensuales y licenciamiento del formato GA-MAN-FT03-V1 |
| 6 | 6. Formar parte activa de los comites y reuniones donde este involucrada el area de infraestructura mantenimiento. | Durante el periodo Se acude a las diferentes reuniones de obra por parte de contratistas de adecuaciones d e torre uno de la unidad de Meissen, como tambien a comites de obra citados y de subproceso ambiental | Se realiza el licenciamiento del formato GA-MAN-FT03-V1 se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades realizadas |
| 7 | 7. Apoyar a la Direccion Administrativa en requerimientos, esquemas basicos, anteproyectos para la construccion, ampliacion y remodelacion de obras. | -Se apoyaa la direccion en la ejecucion de las obras de torre1. areas de urgencias, ginecologia. en coordinación con el area de proyectos | -Se realiza el licenciamiento del formato GA-MAN-FT03-V1 se envía registro fotográfico con la evidencia de las actividades ejecutadas |
| 8 | 8. Realizar las calificaciones tecnicas de propuestas para mantenimiento e infraestructura fisica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.. | -En el periodo se asigno evaluacion verificación criterios habilitantes técnicos adquisición, suministro e instalación de vidrios - carpintería en acero, aluminio – cerrajería, para las unidades de servicios de salud de la subred integrada de servicios de salud sur e.s.e | -se diligencian listas de asistencia y fimran actas de informes las cuales reposan en la administrativa |
| 9 | 9.Dar cumplimiento a la norma vigente de seguridad y salud en el trabajo, ambiental de sus colaboradores asignados. | -Se cumple con la normatividad de seguridad y salud en el trabajo ambientales establecida por la subred integrada de servicios de salud Sur realizando una correcta segregación de los residuos asistiendo de manera oportuna y cada una de las capacitaciones citadas por los diferentes áreas para socializar de los temas de interés común | -Se diligencia lista de asistencia de las diferentes capacitaciones citadas información que reposa en el archivo de mantenimiento |
| 10 | 10.Las demas que le sean asignadas por el supervisor del contrato. | -Apoyo en las entregas de planos para licenciamiento de radiologia en las unidades de Candelarai y Danubio | -Se evidencia con entrega de archivos en pdf de los planos de las unidades |

## 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 | $ 4542300 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 74876245 | - | | |
| 2024 | FEBRERO | 2024 | 03 | 19 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 1816920 | $ 290707 | **$ 290800** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 227115 | **$ 227200** |
| ARL | 1 | SURA | | $ 9484 | **$ 44300** |
| Caja de Compensación | SI | COLSUBSIDIO | **Total** | **$ 527306** | **$ 562300** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | CORRIENTE | Número de Cuenta | 488421877413 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | OSCAR NICOLAS AVILA RUBIANO | 2024-03-26 12:05:09 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ | 2024-03-26 16:38:35 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-03-27 21:52:28 |
| 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 | 2024-04-12 14:26:24 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ**
**DIRECTOR ADMINISTRATIVO**

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | OSCAR NICOLAS AVILA RUBIANO FEB 2024.pdf | OSCAR NICOLAS AVILA RUBIANO FEB 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 | 79636802 | OSCAR NICOLAS AVILA RUBIANO | calle 55 A sur # 34 - 34 | 7518792 | nicoavila73@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 | |
| 2024-02 | 2024-02 | I | 19/03/2024 | 74876245 | $606.600 | |

## 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 | 227.200 | 0 | | 0 | | 0 | 15 | 3.000 | 0 | 230.200 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 290.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 3.800 | 0 | 294.600 | 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 | 44.300 | | | | 44.300 | 15 | 600 | 44.900 | | | 443 | 44.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 36.400 | 15 | 500 | 36.900 | 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 | 227.200 | 230.200 |
| Pensión | 1 | 290.800 | 294.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 44.300 | 44.900 |
| CCF | 1 | 36.400 | 36.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 598.700 | 606.600 |

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 | 79636802 | OSCAR NICOLAS AVILA RUBIANO | calle 55 A sur # 34 - 34 | 7518792 | nicoavila73@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 | |
| 2024-02 | 2024-02 | I | 19/03/2024 | 74876245 | $606.600 | |

## 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 | Estudiante | 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 | 79636802 | AVILA RUBIANO OSCAR NICOLAS | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.816.920 | 290.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.816.920 | 227.200 | 14-11 | 1.816.920 | 3 | 44.300 | CCF22 | 1.816.920 | 36.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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