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:**	2024-08-01	**Hasta:**	2024-08-31	
Nombre del Contratista:	BERENICE ELENA ALVAREZ VEGA		**Número de Documento:**	30575230	
Correo Electrónico:	BEREEAV.5@HOTMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3143616038	
Nombre del Supervisor:	ANDREA LOPEZ GUERRERO	**Cargo:**	JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	**Código - Grado:**	006-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3717-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	474
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (ATENCIÓN AL USUARIO)				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
O02JT	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	USS TUNJUELITO	$1654800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1654800**	**UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-05-01	2024-05-31	1	$ 1654800	1041
2	2024-05-01	2024-06-30	2	$ 1654800	1359
3	2024-06-01	2024-08-31	3	$ 3309600	1705

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1654800
2	MARZO	$ 1654800

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 1654800
4	MAYO	$ 1654800
5	JUNIO	$ 1654800
6	JULIO	$ 1654800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4964400	**$ 11583600**	**$ 9928800**	**$ 1654800**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Informar y orientar a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur o mediante atencion telefonica, promoviendo el enfoque diferencial segun la necesidad de los mismos y entregar soporte fisico de la atencion individual o grupal y realizar los registros en el aplicativo SIDMA de manera oportuna.	- NO APLICA	- NO APLICA
2	2. Realizar filtro de ingreso en la Unidad de Servicios de Salud, para identificar necesidad de usuarios y direccionar de manera adecuada, calida, oportuna y efectiva; verificando la documentacion pertinente, de acuerdo al servicio requerido.	- NO APLICA	- NO APLICA
3	3. Identificar poblacion preferencial, poblacional y especial gestionando su atencion con celeridad contribuyendo a la atencion integral y con calidad y realizar los registros SIDMA	- NO APLICA	- NO APLICA
4	4. Realizar divulgacion permanente de informacion de interes en sala de espera para los usuarios de los servicios de acuerdo a cronograma establecido por la Subred Sur E.S.E	- NO APLICA	- NO APLICA
5	5. Realizar y/o tabular encuestas de satisfaccion, de acuerdo a meta individual establecida de satisfaccion del usuario y su familia en los diferentes servicios de la institucion donde se requiera.	- NO APLICA	- NO APLICA
6	Informar y orientar a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur o mediante atención telefónica, promoviendo el enfoque diferencial según la necesidad de los mismos y entregar soporte físico de la atención individual o grupal y realizar los registros en el aplicativo SI CUENTANOS de manera oportuna.	-Se informa y se orienta a 150 usuarios promoviendo el enfoque diferencial con registro en si cuentas	- --Se realiza orientación de 150 usuarios en el aplicativo SI CUENTANOS y con soportes en físico

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Realizar filtro de ingreso en la Unidad de Servicios de Salud, para identificar necesidad de usuarios y direccionarde manera adecuada, cálida, oportuna y efectiva; verificando la documentación pertinente, de acuerdo al servicio requerido.	-Se realiza a 564 usuarios filtro de acuerdo a su necesidad y requerimiento con direccionamiento.	- -se verifican 564 documento y se deja registro en planilla en fisico
8	Identificar población preferencial, poblacional y especial gestionando su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad y realizar los registros SI CUENTANOS	--Se identifica a 564 usuarios como población preferencial, poblacional y especial, con relación al enfoque diferencial.	--Se Deja registro de 564 usuarios como población población preferencial, poblacional y especial en SI CUENTANOS, y registro en planilla.
9	Realizar divulgación permanente de información de interés en sala de espera para los usuarios de los servicios, derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha, y demás requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	--Realizar divulgación permanente a 564 usuarios de los servicios, derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha.	- Se deja registro de 564 usuarios en SI CUENTANOS y registro en planilla
10	Realizar y/o tabular encuestas de satisfaccion de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera.	--Se Realizan 77 encuestas, 26 consulta externa, 25 de Hospitalización y urgencias 26	- -Bases de datos, encuestas en medio Físico 77 encuestas

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	$ 1654800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9470326090	-		
2024	JULIO	2024	08	15				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 162500**
ARL	1	SURA		$ 6786	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550004800508337

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BERENICE ELENA ALVAREZ VEGA	2024-08-24 12:29:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ANDREA LOPEZ GUERRERO	2024-08-24 17:09:08
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-08-25 15:41:13

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.



ANDREA LOPEZ GUERRERO
JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30575230		ALVAREZ VEGA BERENICE ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 85 sur n 92-85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	36291719	9470326090	I	2024/08/09	2024/08/15	BANCO DE OCCIDENTE	6	$404,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 30575230	ALVAREZ BERENICE	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30575230		ALVAREZ VEGA BERENICE ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 85 sur n 92-85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	36291719	9470326090	I	2024/08/09	2024/08/15	BANCO DE OCCIDENTE	6	$404,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$800	$0	$163,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$800	$0	$163,300
TOTAL				1	$402,200	$2,000	$0	$404,200

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

blank

○ 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

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Cuenta Febrero- Contrato No. 3717-2024. pdf.pdf	Cuenta Febrero- Contrato No. 3717-2024. pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Marzo- Contrato No. 3717-2024. pdf.pdf	Cuenta Marzo- Contrato No. 3717- 2024. pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Abril- Contrato No. 3717-2024. pdf	Cuenta Abril- Contrato No. 3717- 2024. pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Mayo- Contrato No. 3717-2024. pdf	Cuenta Mayo- Contrato No. 3717- 2024. pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Junio- Contrato No. 3717-2024. pdf.pdf	Cuenta Junio- Contrato No. 3717- 2024. pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Julio- Contrato No. 3717-2024. pdf.pdf	Cuenta Julio- Contrato No. 3717- 2024. pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

capital.gov.co/sicap/login/signup.php?

Por favor, escriba algunos datos sobre usted

Dirección de correo: bereeav.5@hotmail.com

Correo (de nuevo): bereeav.5@hotmail.com

Nombre: Berenice Elena

Apellido(s): Alvarez Vega

Ciudad: Bogota

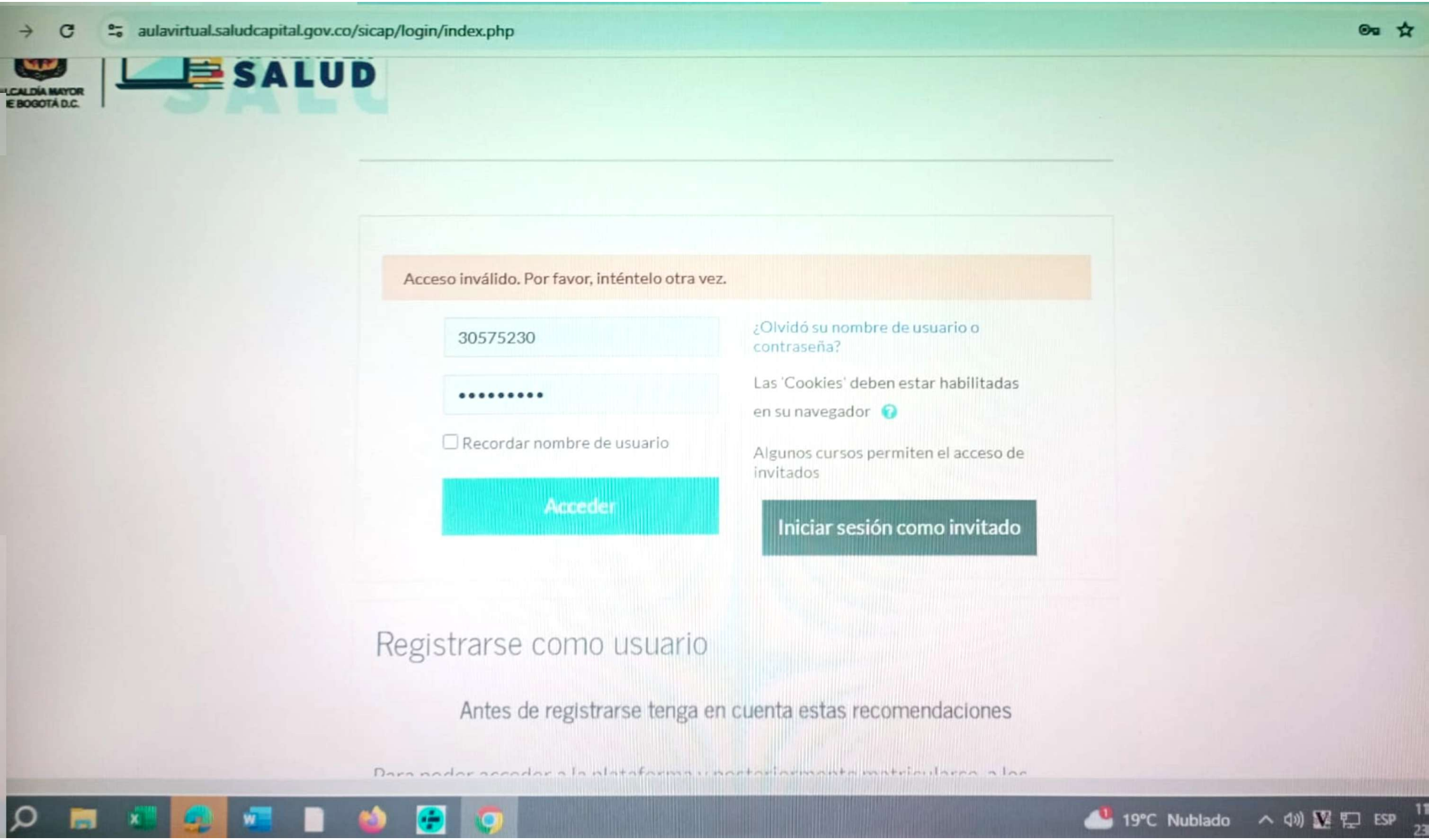
País: Colombia

Otros campos

Crear cuenta | Cancelar

En este formulario hay campos obligatorios .

19°


aulavirtual.saludcapital.gov.co/sicap/login/index.php
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Acceso inválido. Por favor, inténtelo otra vez.
30575230
¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?
Las 'Cookies' deben estar habilitadas en su navegador
Recordar nombre de usuario
Algunos cursos permiten el acceso de invitados
Acceder
Iniciar sesión como invitado
Registrarse como usuario
Antes de registrarse tenga en cuenta estas recomendaciones
19°C Nublado
ESP

ital.gov.co/sicap/login/signup.php

sistema

Importante: Escriba aquí su **número de documento de identidad sin puntos, espacios o guiones** ya que este es requerido para su certificado

Nombre de usuario: 30575230

Este nombre de usuario ya existe. Por favor, seleccione otro.

La contraseña debería tener al menos 5 caracter(es), al menos 1 dígito(s), al menos 1 caracter(es) no alfanuméricos como *,-, o #

Contraseña: ••••••••••

Por favor, escriba algunos datos sobre usted

Dirección de correo: bereeav.5@hotmail.com

Esta dirección de correo ya está registrada. ¿Quizás creaste una cuenta en el pasado? Recuperar nombre de usuario olvidado o contraseña

Correo (de nuevo): bereeav.5@hotmail.com

Nombre: Berenice Elena

VEEDURÍA DISTRITAL
Somos los ojos de la ciudadanía

Certifica que:

BERENICE ELENA ALVAREZ VEGA

Identificación No. **30575230**

Participó en la capacitación de:

TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y CULTURA DE INTEGRIDAD PÚBLICA

Modalidad virtual

Bogotá, D.C.,23 de agosto de 2024