

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-07-01	Hasta:	2024-07-31			
Nombre del Contratista:	KAREN LORENA CAÑIZALES HUERFANO			Número de Documento:	1014280958		
Correo Electrónico:	karencanizales.ch@gmail.com			Número Telefónico:	3104851934		
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	Cargo:	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)		Código Grado:	-	
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	5120-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1428		
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
K30PI	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		2024-06-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2024-07-31	
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición		CDP	
1	2024-07-01	2024-09-15	1	\$ 5997204		1918	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		JUNIO		\$ 3998136			
2		JULIO		\$ 3998136			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	

\$ 7996272		\$ 13993476	\$ 7996272	\$ 5997204
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Fomentar en personas con discapacidad, familias, cuidadoras y líderes, la adquisición gradual de capacidades para la autogestión, la autonomía y el empoderamiento en prácticas de cuidado y autocuidado.	--Ejecución de (60) Sesiones colectivas en grupos comunitarios organizados y no organizados - itinerantes en puntos críticos identificados en el marco de las dimensiones en salud estrategia cuidado colectivo para el bienestar	-Formato Diario de Campo Formato Sesiones Colectivas	
2	2. Realizar seguimiento presencial o no presencial a cada persona con discapacidad psicosocial asociada a trastorno mental y/o a un familiar o cuidador de esta, quien determinara el estado actual de su salud mental, las necesidades de apoyo psicosocial y la activación de rutas si es pertinente.	-Se realizo abordaje integral a la comunidad promoviendo la fisioterapia como el eje fundamental en los diversos ciclos de vida durante las acciones propuestas con el fin de generar procesos de conocimiento de promoción y prevención.	-Formato Diario de Campo Formato Sesiones Colectivas	
3	3. identificar y direccionar a personas con discapacidad, a su grupo familiar y/o cuidadoras/res donde se encuentren necesidades y prioridades de orientación y asesoría.	-Ejecución de recorridos y sesiones en las localidades de la Subred sur, precisando dimensiones en salud.	-Formato Diario de Campo Formato Sesiones Colectivas	
4	4. Realizar acciones de información, educación y comunicación (IEC), en alimentación saludable, disminución en el consumo de tabaco y alcohol, planes de automanejo, actividad física, hábitos de vida saludable y educación en índice bogotano de calidad de aire (IBOCA).	-Se realizo educacion a la comunidad de las localidades de Usme ciudad Bolivar y tujuelito a cerca de , educacion y comunicacion (IEC), en alimentacion saludable, disminucion en el consumo de tabaco y alcohol, planes de automanejo, actividad fisica, habitos de vida saludable en promocion de la fisioterapia.	-Formato Diario de Campo Formato Sesiones Colectivas	
5	5. identificar por medio de tablas de referencia las alertas por riesgo cardiovascular utilizando talla, peso y perímetro abdominal e índice de masa corporal.	-Se realiza sesiones de IEC en salud para mitigar riesgos en las diferentes actividades que ejecuta la población abordada en las sesiones colectivas, que dan cumplimiento al producto 72 cuidado colectivo par el bienestar.	-Formato Diario de Campo Formato Sesiones Colectivas	
6	6. canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros	-Realizar activación de rutas en salud según las necesidades identificadas en las localidades de Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar.	-Formato Diario de Campo Formato Sesiones Colectivas	
7	7. Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Proyección y actualización de portafolio y cronograma de manera permanente.	-Carpeta Drive	
8	8. adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se realiza la revisión, organización y entrega de soportes del mes con los parámetros de proceso de gestión documental según requerimientos.	-Formato Diario de Campo Formato Sesiones Colectivas	
9	9. Presentar productos para precrítica y preauditoria	-Presentar soportes fisicos y digitales con las indicaciones solicitadas, con la calidad y tiempos estipulados.	-Actas y listados de asistencia	
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Participación en (2) reuniones mensuales de la estrategia Cuidado Colectivo para el Bienestar Participación en Asistencia Técnica AT por SDS y Subred Sur.	-Actas y listados de asistencia	

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	9469225564	-			
2024	JUNIO	2024	07	15					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 255900	
Salud					NUEVA EPS		\$ 199907	\$ 200000	
ARL				3	POSITIVA		\$ 38958	\$ 39000	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 464136	\$ 494900	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria		BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	74322776784	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					KAREN LORENA CAÑIZALES HUERFANO			2024-07-25 09:49:20	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA			2024-07-27 17:25:39	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-07-28 12:15:31	
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			2024-08-13 15:32:57	

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.



JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1014280958		CANIZALES HUERFANO KAREN LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 7 c bis # 156-25 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5162960	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	773608631	9469225564	I	2024/07/15	2024/07/15	NEQUI	0	\$494,900

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)					\$ 1,599,254	\$255,900			\$ 1,599,254	\$200,000			\$0	\$0			\$ 1,599,254	\$39,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,599,254	\$255,900			\$ 1,599,254	\$200,000			\$0	\$0			\$ 1,599,254	\$39,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$ 1,599,254	\$255,900			\$ 1,599,254	\$200,000			\$0	\$0			\$ 1,599,254	\$39,000		\$0	\$0	
1	CC	1014280958	CANIZALES KAREN	230301	30	\$ 1,599,254	\$255,900	EPS037	30	\$ 1,599,254	\$200,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$ 1,599,254	\$39,000	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$ 1,599,254	\$255,900			\$ 1,599,254	\$200,000			\$0	\$0			\$ 1,599,254	\$39,000		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014280958		CAÑIZALES HUERFANO KAREN LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 7 c bis # 156-25 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5162960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-06	2024-06	773608631		9469225564	I	2024/07/15	2024/07/15	NEQUI	\$494,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,900	\$0	\$0	\$255,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$255,900	\$0	\$0	\$255,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000	
TOTAL				1	\$494,900	\$0	\$0	\$494,900	



Buscar...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por	
☐	CUENTA JUNIO 2024 CTO 5120-2024.pdf	CUENTA JUNIO 2024 CTO 5120-2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 25-jul-2024

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, KAREN LORENA CAÑIZALES HUERFANO
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1014280958 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección AK 7 C BIS 156 25 Teléfonos 3104851934 5162960

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARMEN JULIA HUERFANO CRUZ	39692746	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	KAREN LORENA CAÑIZALES HUERFANO
Identificación:	1014280958
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	karencanizales.ch@gmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	25/07/24 0:00

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.