

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.						
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-08-01	Hasta:	2024-08-31			
Nombre del Contratista:	CAMILA JOHANA SILVA ROZO			Número de Documento:	1001063065		
Correo Electrónico:	silvajohana327@gmail.com			Número Telefónico:	3229759333		
Nombre del Supervisor:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	Cargo:	COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC		Código Grado:	-	243-20
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	5024-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1428		
Perfil:	TECNICO 3 PIC						
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	10028	\$1845152	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1845152	UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS					
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	\$ 2767728		1918	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		JUNIO		\$ 1845152			
2		JULIO		\$ 1845152			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	

\$ 3690304		\$ 6458032	\$ 3690304	\$ 2767728
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. participar en los espacios de fortalecimiento de habilidades y capacidades del talento humano con la sds para la correcto digitacion de bases y/o aplicativo web	--SE ASISTE A REUNIONES Y ACTIVIDADES DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE SUPERVISOR	-ACTA DE ASISTENCIA	
2	2. realizar al interior de la subred espacios para el fortalecimiento de competencias del talento humano y/o realimentacion del proceso de gestion de la informacion.	-SE ASISTE A REUNIONES Y ACTIVIDADES DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE SUPERVISOR	--ACTA DE ASISTENCIA	
3	3. recibir las fichas de captura del aplicativo gesi y/o sisco por parte de los tecnicos y/o tecnologo.	-ACTA DE ASISTENCIA	--CUSTODIA DE LOS FORMATOS FISICOS EN PERFECTO ESTADO	
4	4. digitar y validar el dato registrado en el aplicativo, bases de datos dispuestas por la secretaria distrital de salud de bogota d.c. garantizando la calidad de la data.	-DURANTE LOS DIAS DE AGOSTO SE REALIZA DIGITACION DE FICHAS DEL ENTORNO HOGAR CUMPLIENDO LA META DIARA	---APLICATIVO GESI DE SECRETARIA Y SEGUIMIENTO DE DIGITACIÓN EN EL DRIVE SEGUIMIENTO DIGITACIÓN	
5	5. entregar las fichas de captura digitadas y no digitadas al tecnico o tecnologo en sistemas.	--SE REALIZA ENTREGA A DIARIO DE LAS FICHAS ASIGNADAS DE LA META DE DIA	---SE REALIZA ENTREGA A DIARIO DE LAS FICHAS ASIGNADAS DE LA META DE DIA	
6	6. elaborar acta o soporte con identificacion de hallazgos en fichas de captura de informacion para devolver al tecnologo, para ser corregida.	--SE REALIZA NOTIFICACIONES ENCONTRADAS EN CADA FICHA	-SE REALIZA NOTIFICACIONES ENCONTRADAS EN CADA FICHA--	
7	7. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.	-SE RECIBEN FICHAS EN DONDE SE GARANTIZA CALIDAD DEL FORMATO Y CUSTODIA DE LA INFORMACION	-SE RECIBEN FICHAS EN DONDE SE GARANTIZA CALIDAD DEL FORMATO Y CUSTODIA DE LA INFORMACION	
8	8 . cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	-SE DA CUMPLIMIENTO AL TIEMPO ASIGNAOS PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROGRAMADAS POR EL TECNICO O TECNOLOGO SEGUN LA NECESIDAD DEL PROCESO	-REGISTRO DIARIO EN DRIVE GESI SEGUIMIENTO DE DIGITACION	
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SE REALIZARON AJUSTES DE MANERA INMEDIATA SOLICITADAS POR EL TECNICO O TECNOLOGO	-GRUPO DE WHATSAPP O CORREO DE GESI DONDE SE CONFIRMA QUE YA TODO ESTA AJUSTADO	

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		\$ 1845152
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9470627291	-			
2024	JULIO	2024	08	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 208000	
Salud					FAMISANAR		\$ 162500	\$ 162500	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 31700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 402200	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550000900209198

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAMILA JOHANA SILVA ROZO	2024-08-23 12:21:06
ACEPTADO SUPERVISIÓN	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	2024-08-23 15:38:09
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-08-23 17:07:17

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.

William E. Gomez

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1001063065		SILVA ROZO CAMILA JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clt 73 a sur n 14 q 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3229759333	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	1000001474	9470627291	I	2024/08/16	2024/08/12	BANCO DE BOGOTA	0	\$402,200

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700	\$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
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
1	CC 1001063065	SILVA CAMILA	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS017	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001063065		SILVA ROZO CAMILA JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 73 a sur n 14 q 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3229759333	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	1000001474	9470627291	I	2024/08/16	2024/08/12	BANCO DE BOGOTA	0	\$402,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200	

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

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

☐ Sí ☒ No

códigos de autorización?

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 de cobro Junio2024 5024-2024.pdf (Archivado)	Cuenta de cobro Junio2024 5024-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Cuenta de cobro JUNIO2024 5024-2024.pdf (Archivado)	Cuenta de cobro JUNIO2024 5024-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Cuenta de cobro JULIO2024 5024-2024.pdf (Archivado)	Cuenta de cobro JULIO2024 5024-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ Cuenta de cobro JUNIO2024 5024-2024...pdf	Cuenta de cobro JUNIO2024 5024-2024...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ Cuenta de cobro JULIO2024 5024-2024.-.pdf	Cuenta de cobro JULIO2024 5024-2024.-.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<div>BorrarCargar nuevo</div>				
<div>Cancelar<div><Evaluación de la Entidad Estatal></div></div>				