

	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:	YURY CONSUELO GASPAR MOLINA		Número de Documento:	52758627	
Correo Electrónico:	yury.gaspar@gmail.com		Número Telefónico:	3013049471	
Nombre del Supervisor:	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5492-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1428
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 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
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		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	\$ 6919596	1918
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		JUNIO		\$ 4613064	
2		JULIO		\$ 4613064	
3		AGOSTO		\$ 4613064	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 9226128		\$ 16145724	\$ 13839192	\$ 2306532
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Generar acciones comunitarias en las localidades y UPZ priorizadas	Se participa en actividad comunitaria.	Acta y listado de actividad	
2	2. Realizar en articulación con el componente de análisis de Situación y Calidad de Vida, mapeo de actores sociales para el beneficio de las personas afectadas por Tuberculosis y Lepra con mayor vulnerabilidad.	Actividad no aplica para la vigencia según lineamiento.	No requiere producto o evidencia.	
3	3. Realizar visita domiciliaria de seguimiento a casos de alta vulnerabilidad o alto riesgo de abandono.	Se realiza actividad a demanda en las tres localidades de la Subred Sur	Acta de otros seguimientos.	
4	4. Realizar activación de ruta de gestión del riesgo individual, en el módulo de canalización SIRC, a casos identificados en visitas domiciliarias con tuberculosis sensible/resistente y Hansen de alta vulnerabilidad y/o baja adherencia al tratamiento	Canalizaciones realizadas	Soporte en Magnético de Usuarios canalizados	
5	5. Realizar reportes vía correo electrónico de los casos identificados con mayor vulnerabilidad para acompañamiento desde el programa distrital	Se realiza actividad a demanda.	Correo vía electrónica	
6	6. Generar acciones de abogacía, comunicación y movilización social de tipo intersectorial, que permitan la visibilización del programa en espacios con población vulnerable	Se realizó la actividad.	Actas y listados.	
7	7. Generar procesos de formación comunitaria (TDO Comunitario) en las localidades y UPZ priorizadas	Se realiza actividad en UPZ 68 Ciudad Bolívar	Acta y listados con evidencia fotografica	
8	8. Realizar procesos de asistencia técnica a IPS públicas o privadas relacionadas con el abordaje psicosocial a personas afectadas por tuberculosis o Lepra	Se realiza actividad en Centro de Salud San Benito	Actas y listados.	
9	9. Realizar mensualmente reuniones de pacientes de Tuberculosis y Lepra de la subred, con el fin de aportar al fortalecimiento de la sociedad civil	Se realiza reunión en Centro de Salud Candelaria.	Actas, listados y evidencia fotográfica	
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se realiza actividades adicionales propias del perfil con el ánimo de apoyar procesos de bienestar y salud de las personas afectadas por tuberculosis y Hansen.	Correo vía electrónica	

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	78912813	-			
2024	JULIO	2024	08	15					
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1845226	\$ 295236	\$ 296900	
Salud					SÁNITAS		\$ 230653	\$ 232000	
ARL				3	SURA		\$ 44950	\$ 45300	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 535521	\$ 574200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	488413306231		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					YURY CONSUELO GASPAR MOLINA			2024-08-23 22:15:10	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ			2024-08-24 20:39:00	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-08-29 08:18:55	
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			2024-09-13 08:40:08	

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.



YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52758627	YURY CONSUELO GASPAR MOLINA		Calle 51 No 11-43 Leon XIII	9030037	yury.gaspar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-07	2024-07	I	15/08/2024	78912813	\$611.400
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	230.700	0		0		0	7	1.300	0	232.000	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	295.300	0	0	0	0	7	1.600	0	296.900	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
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	37.000	7
						200	37.200
							1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	232.000
Pensión	1	295.300	296.900
Riesgos Laborales	1	45.000	45.300
CCF	1	37.000	37.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.000	611.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52758627	YURY CONSUELO GASPAR MOLINA		Calle 51 No 11-43 Leon XIII	9030037	yury.gaspar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-07	2024-07	I	15/08/2024	78912813	\$611.400
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	52758627	GASPAR MOLINA YURY CONSUELO	59	0		N																			25-14	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS005	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

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

844834637

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

14/08/2024

Número de aprobación

00834637

Dirección IP

181.59.3.241

Valor transacción

\$ 611.400,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

181.59.3.241

Referencia 2

CC

Referencia 3

52758627



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 21:52:09



YURY CONSUELO GAS...

Configuraciones de

usuario

YURY CONSUELO GASPAR

MOLINA

GATO: 0108992

Configuración Entidad

Estatad / Proveedor

23 Ago, 2024(UTC -5) 21:52:09

Salir

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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

Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de pagos

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

Identificación 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
☐	5492-JUNIO-2024.pdf	5492-JUNIO-2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	5492-JULIO-2024.pdf	5492-JULIO-2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

YURY CONSUELO GASPAR MOLINA

52758627

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: agosto 23, 2024

Vigencia de 1 año