

|                                                                                   |                                                   |                                                                           |                                           |                          |                                                                                     |                    |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |                                                                           |                                           |                          |                                                                                     |                    |                               |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |                                                                           |                                           |                          |  |                    |                               |
| DATOS DEL INFORME                                                                 |                                                   |                                                                           |                                           |                          |                                                                                     |                    |                               |
| Periodo a Certificar:                                                             | Desde:                                            | 2024-06-01                                                                | Hasta:                                    | 2024-06-30               |                                                                                     |                    |                               |
| Nombre del Contratista:                                                           | DAMARIS TATIANA GONZALEZ SIERRA                   |                                                                           |                                           | Número de Documento:     | 68296402                                                                            |                    |                               |
| Correo Electrónico:                                                               | damaristatiana5@yahoo.com                         |                                                                           |                                           | Número Telefónico:       | 3212076267                                                                          |                    |                               |
| Nombre del Supervisor:                                                            | YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ                 | Cargo:                                                                    | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2               | Código Grado:            | -                                                                                   |                    |                               |
| DATOS DEL CONTRATO                                                                |                                                   |                                                                           |                                           |                          |                                                                                     |                    |                               |
| No. Contrato:                                                                     | 5490-2024                                         | Año Contrato:                                                             | 2024                                      | CDP Contrato Inicial:    | 1428                                                                                |                    |                               |
| Perfil:                                                                           | TECNICO 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              | Procetaje(%) Centro de Costos |
| K26PI                                                                             | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD          | SALUD PÚBLICA                                                             | 184                                       | 0                        | 13372                                                                               | \$2460448          | 100%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                      | \$ 2460448                                        | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS |                                           |                          |                                                                                     |                    |                               |
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                                               |                                                   |                                                                           |                                           |                          |                                                                                     |                    |                               |
| Fecha de Inicio del Contrato                                                      | 2024-06-01                                        |                                                                           | Fecha de Terminación del Contrato Inicial |                          |                                                                                     | 2024-07-31         |                               |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                                               | Mes Cuenta de Cobro                               |                                                                           | Valor a Pagar                             |                          |                                                                                     |                    |                               |
| 1                                                                                 | JUNIO                                             |                                                                           | \$ 2460448                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                        | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                          |                                                                           | PAGOS REALIZADOS                          |                          |                                                                                     | SALDO DEL CONTRATO |                               |
| \$ 4920896                                                                        | \$ 4920896                                        |                                                                           | \$ 2460448                                |                          |                                                                                     | \$ 2460448         |                               |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                                                                                                                   | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                              | 1. Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones incluida COVID-19                                                                                                                                                                    | -Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas.                                                                                                            | -Carpetas con formatos debidamente organizada y foliada según protocolo de gestión documento                             |
| 2                                                              | 2. Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural. | -Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extra mural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extra murales | -Formato SIS 150.                                                                                                        |
| 3                                                              | 3. Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa y/o barrido documentado de acuerdo con solicitud de MSPS para MRCV: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y encuesta de cobertura                                             | -Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura                                                                                            | -Formato diligenciado con calma y veracidad.                                                                             |
| 4                                                              | 4. Diligenciamiento adecuado táctica concentración (instituciones SDIS, SED, ICBF, lugares de alta concentración) del formato consolidado jardines y colegios.                                                                                                                      | -Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos y protocolos,                                                                                                                                                                       | -Entrega de formatos en tiempo real.                                                                                     |
| 5                                                              | 5. Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as, adultos.                                                                                                                                                           | -Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos y protocolos,                                                                                                                                                                       | -Entrega de formatos en tiempo real.                                                                                     |
| 6                                                              | 6. Seguimiento y agendamiento telefónico a la población pendiente por vacunar, de acuerdo con la distribución de las bases de datos entregadas por profesional extramural                                                                                                           | Actualización y registro con calidad de los usuarios vacunados en el seguimiento telefónico realizado por cohortes según asignación de la profesional extramural.                                                                                                   | -Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados |
| 7                                                              | 7. Realizar diligenciamiento del control diario (dos veces al día) de temperatura en los refrigeradores que almacenen vacuna a cargo del equipo extramural                                                                                                                          | -N/A                                                                                                                                                                                                                                                                | -N/A                                                                                                                     |
| 8                                                              | 8. Revisar y consolidar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS y localidad, validando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas.                                                                                    | -N/A                                                                                                                                                                                                                                                                | -N/A                                                                                                                     |
| 9                                                              | 9. Registrar los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio e informar las novedades de manera inmediata                                                                                                                                        | -N/A                                                                                                                                                                                                                                                                | -N/A                                                                                                                     |
| 10                                                             | 10. Diligenciar y mantener actualizado los Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred.                                                                                                                               | -N/A                                                                                                                                                                                                                                                                | -N/A                                                                                                                     |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                           | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                                                                                 | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11                                                             | 11. Consolidar el control de fechas de vencimiento por fabricación o por ventanas de uso de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio y las IPS de la subred | -N/A                                                                                                                                                                                                                              | -N/A                                                                                              |
| 12                                                             | 12. Apoyar la solicitud de pedido de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del programa permanente y Covid-19                                                                     | -Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos y protocolos,                                                                                                                                     | -Formato SIS 150 y entrega de formatos en tiempo real.                                            |
| 13                                                             | 13. Apoyar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS                                                           | -Realizar proceso de verificación y conteo de insumos.                                                                                                                                                                            | -Formato kardex diligenciado con calidad y veracidad del dato.                                    |
| 14                                                             | 14. Realizar las entregas (recepciones técnicas) y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, de las IPS públicas y privadas.                                            | -N/A                                                                                                                                                                                                                              | -N/A                                                                                              |
| 15                                                             | 15. Asistencia a la reunión de inducción y reinducción del talento humano y demás convocada por la SDS                                                                                                    | -Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental.                                                                                                                    | -Acta de asistencia y participación.                                                              |
| 16                                                             | 16. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                     | -Dar conocer el portafolio de servicios el aplica según grupo de edad para lograr la disminuir los riesgos de morbi-mortalidad. -Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activación de ruta según la necesidad. | -Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activación de ruta según la necesidad. |

| 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 |  | \$ 2460448     |
| AÑO                                                     | MES  | AÑO           | MES | DÍA | 9467266704                                                                | -                          |                                                  |  |                |
| 2024                                                    | MAYO | 2024          | 06  | 04  |                                                                           |                            |                                                  |  |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |      |               |     |     | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS |                            |                                                  |  |                |
| Item                                                    |      |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                   | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |  | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |      |               |     | NO  | COLFONDOS                                                                 | \$ 1300000                 | \$ 208000                                        |  | \$ 208000      |
| Salud                                                   |      |               |     |     | NUEVA EPS                                                                 |                            | \$ 162500                                        |  | \$ 162500      |
| ARL                                                     |      |               |     | 3   | SURA                                                                      |                            | \$ 31668                                         |  | \$ 31700       |
| Caja de Compensación                                    |      |               |     | SI  | COMPENSAR                                                                 | Total                      | \$ 377286                                        |  | \$ 402200      |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                       |                |         |                  |            |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|
| Entidad Bancaria    | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4800357867 |

| HISTÓRICO                                                                                                                              |                                   |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            | USUARIO                           | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    | DAMARIS TATIANA GONZALEZ SIERRA   | 2024-06-25 13:55:45 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   | YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ | 2024-06-27 11:21:02 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO         | 2024-06-27 15:03:07 |
| 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    | 2024-07-17 11:16:33 |

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



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

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

☐

CUENTA MAYO-CTO-No5490-2024.pdf

CUENTA MAYO-CTO-No5490-2024.pdf

Proveedor

Descargar

Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#)

Español (Colombia)

**018000-52-0808** [www.colombiacompra.gov.co/soporte](http://www.colombiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.12910939

1/1



# PSE Transacción Aprobada -



CUS 678818690



serviciopse@achcolom... 2 jun



para mí ▾



**¡Hola, damaris tatiana gonzalez!**

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**

CUS: 678818690

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9467266704

Valor de la Transacción: \$ 428.200

Fecha de Transacción: 02/06/2024

## Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |          |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|----------|
| Periodo                           |         | Clave     |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |          |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor    |
| 2024-05                           | 2024-05 | 678818690 | 9467266704 | I        | 2024/06/05 | 2024/06/04 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$428,20 |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |              |                 |                    |           |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------|-----------------|--------------------|-----------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |

| RESUMEN DE PAGO          |        |     |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--------|-----|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AER (ADMINISTRADORAS: 1) |        |     |    | 1         | \$208.000       | \$0            | \$0                    | \$208.000     |

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA