| | |
|---|---|
| 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** |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2024-07-01 | **Hasta:** | 2024-07-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | INGRID GINNED SOTOMONTE GIRALDO | | **Número de Documento:** | 1032489891 | |
| **Correo Electrónico:** | ginge.3113@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3003864767 | |
| **Nombre del Supervisor:** | SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTAÑO | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5630-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 1428 |
| **Perfil:** | TECNOLOGO 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K31PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 184 | 0 | 14207 | $2614088 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2614088** | **DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 3921132 | 1918 |

| | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | JUNIO | $ 2614088 |
| 2 | JULIO | $ 2614088 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **PAGOS REALIZADOS** | **SALDO DEL CONTRATO** |


***© Siasur - 2024***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **$ 5228176** | **$ 9149308** | **$ 5228176** | **$ 3921132** |

| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)** | | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN** | **PRODUCTO O EVIDENCIA** |
|---|---|---|---|
| 1 | 1.Realizar y apoyar visitas de inspección, vigilancia y control, toma y envío de muestras (si fuera necesario), operativos, vacunación canina y felina en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado perfil de técnico y/o tecnólogo en saneamiento ambiental o perfiles afines conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud, brindando asesoría técnica a la comunidad en normatividad sanitaria vigente, garantizando el cumplimiento total de las metas asignadas y de acuerdo al porcentaje de entrega semanal solicitado por la coordinación de vigilancia de la salud ambiental. | -Visitas de Inspección, Vigilancia y control a expendios minoristas, cafeterias y locales de plaza de mercado y operativos de alimentos y licores | -Entrega de 10 actas de IVC de establecimientos de preparación de alimentos, con sus respectivas actas de rotulado. 12 actas de IVC de expendios minoristas con sus actas de rotulado, 8 actas de IVC de expendios de bebidas alcohólicas. 12 actas de operativos de alimentos y bebidas alcohólicas |
| 2 | 2. presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. | -No aplica para el periodo a certificar | -No aplica para el periodo a certifica |
| 3 | 3. cumplir con los respectivos cronogramas de las visitas y acciones de los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y ambiental y otros. | -Generar la programacion del mes a traves del cronograma, con su respectiva retroalimentacion | -Retroalimentación de cronograma del mes de julio y programación del mes de agosto |
| 4 | 4. dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas y recepcionadas al componente de vigilancia en salud ambiental entregándolas al líder operativo de las líneas de intervención donde sea asignado(a). | -Vigilancia y Control de peticiones. solicitudes y quejas por parte de usuarios | -Se realizo 1 visita de IVC a expendios de bebidas alcoholicas , referentes a solicitudes por parte de los usuarios |
| 5 | 5. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la sds, recomendaciones del coordinador de vigilancia en salud ambiental, y por el líder operativo. | -No se tiene planes de mejoramiento en el mes a certificar | -No se tienen planes de mejoramiento para el mes en curso |
| 6 | 6. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e. | -No se realizan actividades durante el mes a certificar, para el mes en curso no se tiene programado | --Para el mes en curso no se tiene programado actividades fuera de VSA |
| 7 | 7. adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | -Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos | -Actas de IVC en formato físico , ademas de la entrega de los soportes debidamente revisados y organizados según la gestión documental |
| 8 | 8 Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -Asistencia de reuniones programadas por parte de la institución o el PIC | -Firmas de listados de asistencia, de las reuniones programadas |

## 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 | $ 2614088 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 78574620 | - | | |
| 2024 | JUNIO | 2024 | 07 | 18 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 208000** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 162500 | **$ 162500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 31668 | **$ 31700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 377286** | **$ 402200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 7492003589 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | INGRID GINNED SOTOMONTE GIRALDO | 2024-07-27 11:58:38 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTANO | 2024-07-27 12:22:47 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | INGRID GINNED SOTOMONTE GIRALDO | 2024-07-27 13:18:59 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTANO | 2024-07-28 18:16:16 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | INGRID GINNED SOTOMONTE GIRALDO | 2024-07-28 19:06:38 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTANO | 2024-07-28 19:24:27 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-07-29 11:11:36 |
| 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 15:33:07 |

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.



**SANDRA MILENA RODRIGUEZ CASTAÑO**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO**


***© Siasur - 2024***

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1032489891 | INGRID GINNED SOTOMONTE GIRALDO | calle 42 F sur #72I 76 | 4490348 | ginge.3113@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ. D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-06 | 2024-06 | I | 18/07/2024 | 78574620 | $428.200 |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 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 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 26.000 | 0 | 0 | 26.000 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 1 | 26.000 | 26.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 428.200 | 428.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1032489891 | INGRID GINNED SOTOMONTE GIRALDO | | calle 42 F sur #72I 76 | 4490348 | ginge.3113@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ. D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-06 | 2024-06 | I | 18/07/2024 | 78574620 | $428.200 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. x exterior | Exonerado | VSP | IRP | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | AVT | INT | RET | RET | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | 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 | 1032489891 | SOTOMONTE GIRALDO INGRID GINNED | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 162.500 | 14-11 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | CCF24 | 1.300.000 | 26.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 DE COBRO JUNI CTO 5630-2024.pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 5630-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA JULIO CTO 5630-2024 .pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 5630-2024 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA JULIO 2024- CTO 5630-2024.pdf (Archivado) | CUENTA JULIO 2024- CTO 5630-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO 2024 -CTO 5630-2024 .pdf | CUENTA JUNIO 2024 -CTO 5630-2024 .pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo