| | | |
|---|---|---|
| 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** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2024-08-01 | **Hasta:** | 2024-08-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO | | **Número de Documento:** | 53139914 | |
| **Correo Electrónico:** | claudiavasquez1806@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3142020126 | |
| **Nombre del Supervisor:** | ERICA LICET OSPINA ORTIZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO) | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4968-2024 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K28PI | 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 |
| 3 | AGOSTO | $ 2614088 |


***© Siasur - 2024***

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5228176** | **$ 9149308** | **$ 7842264** | **$ 1307044** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. realizar la identificacion y caracterizacion del perfil de riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en unidades de trabajo informal | - 25 Caracterizaciones casos Trabajo Infantil Niños, Niñas y Adolescentes Localidad Ciudad Bolivar | -Formato Trabajo Infantil |
| 2 | 2. identificar el riesgo de las condiciones de salud y su entorno y concertacion del plan en unidades de trabajo informal de alto, mediano impacto y bajo impacto. | -23 Caracterizaciones Unidades de Trabajo Informal de Mediano Impacto Localidad Ciudad Bolivar | -Formato de Utis |
| 3 | 3. realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud de las personas que desarrollan actividades en la unidades de trabajo informal (utis) de mediano impacto. | -23 Primeras Asesorías Utis Mediano Impacto, 8 Segundas Asesorías Utis de Mediano Impacto Localidad Ciudad Bolivar | -Formato de Utis |
| 4 | 4. implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto. | -No se realiza actividad durante el periodo | -No Aplica |
| 5 | .5. realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal. | -4 Utis de Seguimientos a la Continuidad | -Formato de Utis |
| 6 | 6. participar en asistencias tecnicas y fortalecimiento de capacidades del entorno | -Reunión Entorno Laboral, Asistencias Técnicas | -Listados de Asistencia |
| 7 | 7.organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental. | -Cronogramas de actividades. Entrega plan operativo | -Formato Cronograma, Formato tablero indicadores |
| 8 | 8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Actividades propias del Entorno a necesidad | -Formatos según actividad |

## 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 | 8378853103 | - | | |
| 2024 | JULIO | 2024 | 08 | 12 | | | | |
| 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 | PROTECCIÓN | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 209100** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 162500 | **$ 163400** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 31668 | **$ 31900** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 377286** | **$ 404400** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DE BOGOTÁ | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 89578132 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO | 2024-08-23 20:36:47 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | ERICA LICET OSPINA ORTIZ | 2024-08-24 10:03:20 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-08-26 16:05:05 |
| 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 08:39:56 |

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.



**ERICA LICET OSPINA ORTIZ**
**PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO
**No. Identificación:** CC53139914
**Dirección:** CLL 55 A SUR 66 63 VILLA DEL RIO
**Telefono:** 8019601
**Correo:** claudiavasquez1806@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8378853103

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC53139914 | **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2024 |
| **Número de planilla** | 8378853103 | **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2024 |
| **Fecha pago** | 2024-08-12 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 62760487 | **Total Pagado** | 430600 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 2400 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 31900 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 209100 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 26200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 163400 | 1 |

8378853103

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53139914
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 1300000 | 1300000 | 1300000 | 1300000 | 162500 | 0 | 208000 | 0 | 31700 | 26000 |

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

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 JUNIO CTO 4968-2024.pdf | CUENTA JUNIO CTO 4968-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO CTO 4968-2024.pdf | CUENTA JULIO CTO 4968-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |