

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52856130		VELASQUEZ MENDOZA SANDRA BIBIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 12 bis #22 - 54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4084345	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-08	2024-08	903923306	9471677320	I	2024/09/09	2024/09/10	BANCO DAVIVIENDA	1	\$495,400

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	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,599,254	\$255,900			\$1,599,254	\$200,000			\$0	\$0			\$1,599,254	\$39,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,599,254	\$255,900			\$1,599,254	\$200,000			\$0	\$0			\$1,599,254	\$39,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,599,254	\$255,900			\$1,599,254	\$200,000			\$0	\$0			\$1,599,254	\$39,000		\$0	\$0	
1	CC	52856130	VELASQUEZ SANDRA	230201	30	\$1,599,254	\$255,900	EPS005	30	\$1,599,254	\$200,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,599,254	\$39,000	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,599,254	\$255,900			\$1,599,254	\$200,000			\$0	\$0			\$1,599,254	\$39,000		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52856130		VELASQUEZ MENDOZA SANDRA BIBIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 12 bis #22 - 54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4084345	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-08	2024-08	903923306		9471677320	I	2024/09/09	2024/09/10	BANCO DAVIVIENDA	\$495,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,900	\$200	\$0	\$256,100	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$255,900	\$200	\$0	\$256,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$100	\$0	\$39,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$39,000	\$100	\$0	\$39,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$200	\$0	\$200,200	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$200,000	\$200	\$0	\$200,200	
TOTAL				1	\$494,900	\$500	\$0	\$495,400	

	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:	SANDRA BIBIANA VELASQUEZ MENDOZA		Número de Documento:	52856130	
Correo Electrónico:	bibianatrabajosocial@hotmail.com		Número Telefónico:	3205673854	
Nombre del Supervisor:	ERICA LICET OSPINA ORTIZ	Cargo:	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4981-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1428
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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	21729	\$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3998136	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS					

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	\$ 5997204	1918
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		JUNIO		\$ 3998136	
2		JULIO		\$ 3998136	
3		AGOSTO		\$ 3998136	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7996272	\$ 13993476	\$ 11994408	\$ 1999068

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Promover en niños, niñas, adolescentes, sus familias, padres y/o cuidadores, el uso de herramientas que fomenten practicas de auto-cuidado .	-47 CARACTERIZACIONES 45 ASESORIAS DE PRIMERA	-FORMATOS NNA
2	2.monitorear el proceso de desvinculacion de niños, niñas y adolescentes o trabajo protegido en adolescentes trabajadores y realizar seguimiento a la desvinculacion de las peores formas de trabajo en niños, niñas y adolescentes previamente intervenidos	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO
3	3. realizar asesorias a familias y acudientes de niños, niñas y adolescentes trabajadores para el reconocimiento y definicion de roles.	--47 CARACTERIZACIONES 45 ASESORIAS DE PRIMERA	-FORMATOS NNA
4	4. realizar seguimiento en la efectividad de las canalizaciones y activacion de ruta a los riesgos identificados en las acciones desarrolladas.	-GENERACION DE CANALIZACIONES DERIVADAS DE ASESORIAS NNA	-CANALIZACIONES
5	5. Monitorear la conformacion y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO
6	6. desarrollar actividades colectivas para fomentar los derechos en salud.	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO
7	7. realizar asesorias para la promocion del autocuidado	--47 CARACTERIZACIONES 45 ASESORIAS DE PRIMERA	-FORMATOS NNA
8	8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o instrumentos	-DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS ASESORIAS NNA	-FORMATOS NNA
9	9. desarrollar sesiones colectivas para la promocion del autocuidado	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO
10	10. Realizar asesoria psicosocial en unidades de trabajo informal de alto, mediano y bajo impacto	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO
11	11 reconocer la labor de la mujer por el cuidado de la salud.	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO	-NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-ENTREGA DE FORMATOS NNA	-FORMATOS NNA
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-REUNIONES E INDUCCIONES PROGRAMADOS POR LA SDS	-ACTAS Y LISTADOS DE AISITENCIA

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		\$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9470342490	-			
2024	JULIO	2024	08	14					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 256900	
Salud					SÁNTITAS		\$ 199907	\$ 200800	
ARL				3	SURA		\$ 38958	\$ 39200	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 464136	\$ 496900	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870405414

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA BIBIANA VELASQUEZ MENDOZA	2024-08-24 09:06:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ERICA LICET OSPINA ORTIZ	2024-08-24 10:24:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-08-27 08:01:33
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)



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

blank

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

8 Modificaciones del Contrato

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

9 Incumplimientos

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 JUNIO CTO 4981-2024.pdf (Archivado)	CUENTA JUNIO CTO 4981- 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO4981-2024-JUNIO2024.pdf	CTO4981-2024-JUNIO2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO4981-2024-JULIO2024..pdf	CTO4981-2024-JULIO2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

