

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-09-01	Hasta:	2024-09-30	
Nombre del Contratista:	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		Número de Documento:	53073099	
Correo Electrónico:	leidyjohanna.h36@gmail.com		Número Telefónico:	3105736265	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5909-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1428
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	28414	\$5228176	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5228176	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA 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	\$ 7842264	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	\$ 5228176	2358
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		JUNIO		\$ 5228176	
2		JULIO		\$ 5228176	

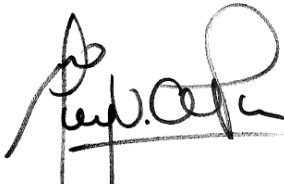
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	AGOSTO	\$ 5228176	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10456352	\$ 23526792	\$ 15684528	\$ 7842264
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Coordinar las acciones de las cohortes de riesgo.	-Participación de espacios de reunión para articulación de procesos: 1. Mesa de trabajo Equipo de Nutrición Subred. 2. Análisis de indicadores de junta directiva del mes vencido de Agosto. 3. mesa de trabajo sala ERA. 4. mesa de trabajo salud Oral.	-Actas de reunion
2	2. monitorear la mejora continua en la calidad del dato.	-Consolidación de la base de datos de la cohorte de desnutrición cohorte agosto 2024. - Consolidación de la base de datos de la cohorte de Riesgo de desnutrición vigencia agosto 2024 -Base Cohorte infancia Capital Salud menores de 5 años. - mesa de trabajo de indicadores Sala ERA.	-Acta de reunion -Base de datos - indicadores Generados
3	3. realizar los reportes que competen a cuenta de alto costo, eps, seguimiento a indicadores.	-Reporte de indicadores cohorte infancia evento desnutrición y riesgo de desnutrición. - Análisis de información de la cohorte de menores con riesgo de desnutrición y riesgo de desnutrición.	-Reportes de informacion - Analisis de bases de datos - Actas de reunion
4	4. asistencia tecnica a las unidades de proceso de los temas que corresponda.	- Se orientación técnica y seguimiento a la las unidades Usme, Santa Librada, Tunal, en relacion a salas ERA con el fin de lograr el debido reporte y analisis de información.	-Acta de reunion y fortalecimiento de competencias.
5	5. generacion de documentos tecnicos con informacion de analisis de la cohorte a cargo.	--Avance en documento "Protocolo para la Atención Integral y Gestión de Riesgos en el Marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud" -Mesa de trabajo para la revisión del documento sobre el abordaje a niños y niñas en el marco de la RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud) para grupos de riesgo.	-Avances en el documento tecnico
6	6. desarrollo de acciones en el marco de dinamizadores de su competencia.	-Apoyo en el desarrollo del proceso de atención a menores en riesgo de desnutrición y casos de infacia priorizados logrando la atención de estos menores en el marco del consultorio dinamizador.	-Seguimiento a casos priorizados
7	7. dar respuesta a solicitudes.	-Participacion a espacios de capacitacion de EAPB Sanitas sobre RIAS para identificar atencion integral de la poblacion infantil-	-Acta de reunion
8	8. desarrollar acciones de integracion de actividades.	-Participacion en sala de situacion de nutricion	-Acta de reunion
9	9. realizar gestion y analisis de la informacion de las resoluciones 202 y relacionadas, asi como indicadores de infancia.	--Envío de bases de datos que permiten realizar reporte mensual de la resolución 202 a Sanitas, capital Salud, ASMET Salud, capital salud y Coosalud para el mes de agosto 2024. -Reporte al Misterio de Salud y protección Social la resolución 2175 de 2021.	-Repoertes enviados a los entes de control

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales..	-Participacion en mesa de trabajo equipo base gestion de riesgo. -Participacion en mesa de seguimiento RIAS SAN con Capital Salud - Participación en los equipos primario de la Dirección de Gestión del Riesgo y el de acreditación mediante apoyo en los soportes para los planes de mejoramiento institucional u oportunidades de mejora en la mesa. Participacion en mesa de equipo primario de salud oral.	-Actas de reunion

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados Mes Anterior	de el	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	79437463	-			\$ 5228176
2024	AGOSTO	2024	08	13					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEIS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2091270	\$ 334603	\$ 336000	
Salud					COMPENSAR		\$ 261409	\$ 262500	
ARL				3	SURA		\$ 50943	\$ 51200	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 606928	\$ 649700	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	007590394362		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		2024-09-27 11:43:31		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2024-09-27 11:53:02		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-09-27 14:52:46		

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53073099	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		CL22 # 41 36SUR	3105736265	leidyjohanna.h36@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

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
2024-08	2024-08	I	13/08/2024	79437463	\$691.700
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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	262.500	0		0		0	0	0	0	262.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	336.000	0	0	0	0	0	0		336.000	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	51.200				51.200	0	0	51.200			512	51.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	42.000	0
						0	
						0	
						42.000	

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	262.500	262.500
Pensión	1	336.000	336.000
Riesgos Laborales	1	51.200	51.200
CCF	1	42.000	42.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	691.700	691.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53073099	LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS		CL22 # 41 36SUR	3105736265	leidyjohanna.h36@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

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
2024-08	2024-08	I	13/08/2024	79437463	\$691.700

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	MAA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	53073099	CASTAÑEDA CAMPOS LEIDY JOHANNA	59	0		N																			25-14	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS008	2.100.000	262.500	14-11	2.100.000	3	51.200	CCF24	2.100.000	42.000	0	0	0	0	0

PAGADA



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

blank

☐ 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

blank

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO_2024_CTO 5909-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO_2024_CTO 5909-2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO_2024_CTO 5909-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO_2024_CTO 5909-2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO_2024_CTO 5909-2024.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO_2024_CTO 5909-2024.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:

LEIDY JOHANNA CASTAEDA

53073099

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:
**ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE
TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA**
Con una intensidad horaria de : 2 horas

Para constancia se expide:
septiembre 16, 2024

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

LEIDY JOHANNA CASTAEDA

53073099

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: septiembre 23, 2024

Vigencia de 1 año