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:**	2024-09-01	**Hasta:**	2024-09-30	
Nombre del Contratista:	MONICA LILIANA PONTON MANRIQUE		**Número de Documento:**	1010194615	
Correo Electrónico:	liliana.pmanrique@gmail.com		**Número Telefónico:**	3152988061	
Nombre del Supervisor:	IRIS ANDREA MOYA MUÑOZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5457-2024	**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
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	162	0	27161	$4400082	88%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4400082**	**CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL OCHENTA Y DOSPESOS**					

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	$ 7496436	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	$ 0	0

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	JUNIO	$ 4997624
2	JULIO	$ 3096354

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 4997624
4	SEPTIEMBRE	$ 4400082

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9995248	**$ 17491684**	**$ 17491684**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. retomar bases de datos de los abordajes de vigencias pasadas, realizados por la subred sur, en el componente familiar; asi como la informacion del sistema de alertas de la secretaria de educacion distrital; bases de datos de abordaje desde gestion del riesgo; plan ampliado de inmunizaciones; subsistemas de vigilancia epidemiologica; unidades de trabajo informal, entre otras fuentes, que pueda dar informacion de la caracterizacion general de las familias del territorio, dada la identificacion y caracterizacion previa.	Bases de datos familiares, base UTIS, base crónicos, base de identificación de familias	Bases de datos familiares, base UTIS, base crónicos, base de identificación de familias
2	2. priorizar el abordaje a las familias con mayor riesgo y vulnerabilidad.	Familias identificadas por el equipo	Fichas de caracterización
3	3. revisar los hallazgos de las bases de datos , con el fin de organizar la respuesta y derivar las acciones correspondientes a los demas integrantes del equipo interdisciplinario o a las intervenciones individuales a traves de las unidades de servicios de salud en la ruralidad.	Priorización de familias	Matriz de familias priorIzadas
4	4. realizar el acercamiento a la vivienda y actualizacion a la caracterizacion social y ambiental de la familia, con el fin de ampliar la informacion de las caracteristicas de la familia y del entorno de la vivienda, asi como factores de riesgo para la salud y momentos significativos en el curso de la vida.	Seguimiento a 40 familias e identificación en la base de priorización de familias, 4 sesiones de nodos comunitarios, 30 sesiones educativas	Fichas de caracterización, formatos de familias, actas y listados de asistencia
5	5.identificar riesgos de las condiciones de salud del trabajador y condiciones de trabajo con elaboracion de manera concertada el plan de trabajo entre el dueño de la uti o trabajador y el representante del equipo del espacio.	Identificación de familias de uso compartido - UTI de alto impacto	Fichas de caracterización, formatos de familias, actas y listados de asistencia
6	6. asistir y participar acivamente en los espacios convocados por parte de la subred (reunion de equipo, ulc, etc.) y los espacios convocados por la secretaria distrital de salud	Reunión de equipo, las demas ddelegadas por el lider o apoyo.	Acta y listado de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. realizar la canalizacion sectorial a traves de las unidades de atencion de la localidad y otras eapb en formato establecido por la sds; asimismo, realizar el seguimiento a la efectividad de las canalizaciones.	Canalizaciones sectoriales e intersectoriales	Formatos de canalizaciones sectoriales e intersectoriales
8	8. realizar la canalizacion intersectorial segun las necesidades identificadas en el trabajo desarrollado por el equipo integral de ruralidad, en los diferentes contextos en que se desenvuelve la poblacion, presentando informe mensual de seguimiento a la efectividad de las canalizaciones, con analisis de respuesta de la localidad.	Canalizaciones sectoriales e intersectoriales	Formatos de canalizaciones sectoriales e intersectoriales
9	9. realizar la canalizacion sectorial a traves de las unidades de atencion de la localidad y otras eapb en formato establecido por la sds; asimismo, realizar el seguimiento a la efectividad de las canalizaciones.	Canalizaciones sectoriales e intersectoriales	Formatos de canalizaciones sectoriales e intersectoriales
10	10, organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	Realizar gestion documental	Carpetas organizadas
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Actividad según directriz del apoyo, líder o referente de ruralidad	Actas, listados de asistencia, correos electrónicos, mensajes de whatsapp

© Siasur - 2024

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	$ 4997624
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9471208882	-		
2024	**AGOSTO**	**2024**	**08**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTICUATROPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1999050	$ 319848	**$ 319900**
Salud		SÁNITAS		$ 249881	**$ 249900**
ARL	3	SURA		$ 48697	**$ 48700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 580164**	**$ 618500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24121960586

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA LILIANA PONTON MANRIQUE	2024-09-24 11:39:21
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRIS ANDREA MOYA MUNOZ	2024-09-24 22:32:38
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-09-26 09:12:32
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	2024-10-11 11:29:30

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.



IRIS ANDREA MOYA MUÑOZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 LIDER DE PROCESO

© Siasur - 2024

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010194615		PONTON MANRIQUE MONICA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 84 Sur #14C 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	835357295	9471208882	I	2024/09/05	2024/08/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$658,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,999,051**	**$319,900**			**$1,999,051**	**$249,900**			**$1,999,051**	**$40,000**			**$1,999,051**		**$48,700**		**$0**	**$0**		**$658,500**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,999,051**	**$319,900**			**$1,999,051**	**$249,900**			**$1,999,051**	**$40,000**			**$1,999,051**		**$48,700**		**$0**	**$0**		**$658,500**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$1,999,051**	**$319,900**			**$1,999,051**	**$249,900**			**$1,999,051**	**$40,000**			**$1,999,051**		**$48,700**		**$0**	**$0**		**$658,500**
1	CC	1010194615	PONTON MONICA																	230301	30	$1,999,051	$319,900	EPS005	30	$1,999,051	$249,900	CCF24	30	$1,999,051	$40,000	14-11	30	$1,999,051	2.436%	$48,700	30	$0	$0	No	$658,500
Total		**Afiliados(1)**																				$1,999,051	$319,900			$1,999,051	$249,900			$1,999,051	$40,000			$1,999,051		$48,700		$0	$0		$658,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

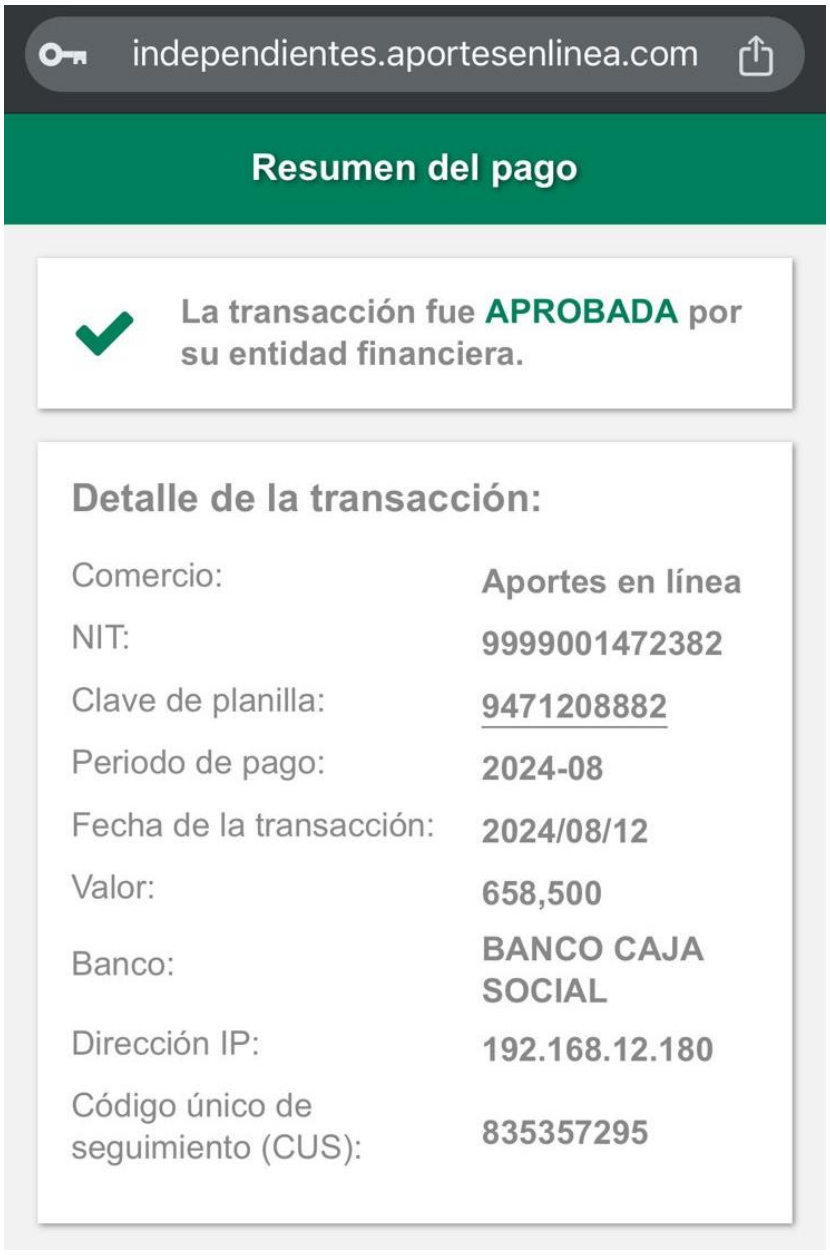
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010194615		PONTON MANRIQUE MONICA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 84 Sur #14C 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	835357295	9471208882	I	2024/09/05	2024/08/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$658,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$319,900	$0	$0	$319,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$319,900	$0	$0	$319,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,700	$0	$0	$48,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$48,700	$0	$0	$48,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,000	$0	$0	$40,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$40,000	$0	$0	$40,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,900	$0	$0	$249,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$249,900	$0	$0	$249,900
TOTAL				**1**	**$658,500**	**$0**	**$0**	**$658,500**


independientes.aportesenlinea.com
Resumen del pago
La transacción fue APROBADA por su entidad financiera.
Detalle de la transacción:
Comercio: Aportes en línea
NIT: 9999001472382
Clave de planilla: 9471208882
Periodo de pago: 2024-08
Fecha de la transacción: 2024/08/12
Valor: 658,500
Banco: BANCO CAJA SOCIAL
Dirección IP: 192.168.12.180
Código único de seguimiento (CUS): 835357295

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

< Evalua

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA MAYO 2024, CTO 4123-2023.pdf	CUENTA MAYO 2024, CTO 4123-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2024, CTO 5457-2024.pdf	CUENTA JUNIO 2024, CTO 5457-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	CUENTA JULIO 2024, CTO 5457-2024.pdf	CUENTA JULIO 2024, CTO 5457-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2024, CTO 5457-2024.pdf	CUENTA AGOSTO 2024, CTO 5457-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

MONICA LILIANA PONTON MANRIQUE

1010194615

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 23, 2024

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

jdEPrXhBcO

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

MONICA LILIANA PONTON MANRIQUE

1010194615

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: septiembre 24, 2024

Vigencia de 1 año

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ