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:	ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO		**Número de Documento:**	52286840	
Correo Electrónico:	viviana.santafe@gmail.com		**Número Telefónico:**	3145725456	
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5375-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	1428
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K29PI	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

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 5228176
4	SEPTIEMBRE	$ 5228176

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10456352	**$ 23526792**	**$ 20912704**	**$ 2614088**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	SE REALIZA PLANEACION DE LAS ACTIVIDADES DETERMINADAS PARA EL MES DE SEPTIEMBRE, CON LOS DIFERENTES PRODUCTOS A CARGO FAMILIAS, ENTORNOS, LIDERES, SALUD BUCAL, Y SALUD MENTAL.	ACTA Y LISTADO DE REUNION
2	2. realizar asistencia de reuniones presenciales o virtuales con los establecimientos educativos	SE HA PARTICIPADO EN EL MES DE SEPTIEMBRE EN LAS MESAS DE TRABAJO DEL COLEGIO SANTA LIBRADA, OSWALDO GUAYASAMIN, PAULO FREIRE DE LA LOCALIDAD DE USME.	ACTA Y LISTADO DE REUNION
3	3. participar en reuniones presenciales desarrolladas con las direcciones locales o subdirecciones locales de integracion social	PARA ESTE MES DE DEL SEPTIEMBRE 2024, SE HA PARTICIPADO EN LA MESA DE SALUD MENTAL, MESA DE SPA.	ACTA Y LISTADO DE REUNION
4	4. realizar revision del reporte semanal de actividades (drive).	SE APOYA LA CONSTRUCCCION DE INFORMES SOLICITADOS, Y SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE TABLERO DE CONTROL SEMANAL DE SDS DEL MES DE AGOSTO 2024 DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR LOS PRODUCTOS PARA ESTE MES	DRIVE INFORME SEMANAL
5	5. participar en las reuniones (virtuales o presenciales de ser necesarias) convocadas por la sds.	PARA ESTE MES SE PARTICIPO EN LAS REUNIONES DE SDS EN SALUD MENTAL	ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA
6	6. realizar articulacion con los entornos y procesos transversales	SE LLEVO A CABO EN EL MES DE SEPTIEMBRE LAS DIFERENTES REUNIONES CON EL ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIO Y CON EL ENTORNO CUIDADOR LABORAL.	ACTA Y LISTADO DE REUNION
7	7. consolidar el tablero de control por producto acorde a los asignados, que aporte al reporte SEGPLAN.	PARA ESTE MES DE SEPTIEMBRE SE RETROALIMENTO EL TABLERO DE CONTROL MENSUAL DE SDS EL CUAL ES INSUMO DEL INFORME 1186, SE EFECTUO EL DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ 1186 DEL MES DE AGOSTO 2024.	MATRIZ DE CONDUCCION SEGPLAN
8	8. consolidar y revisar soportes en el marco de proceso de pre auditoria, seguimiento y monitoreo a la implementacion de la estrategia en el entorno educativo	SE REALIZA VERIFICACIÓN Y PRE CRITICA DEL DATO A LOS SOPORTES ENTREGADOS Y DE LAS ACCIONES REALIZADAS DEL AGOSTO Y JULIO POR LOS DIFERENTES PERFILES DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA DESARROLLADAS DURANTE EL MES.	ACTAS DE REUNION DE PRECRITICA Y BASES DE DATOS , TABLERO DE CONTROL ENTORNO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. elaborar informe del entorno educativo de acuerdo a estructura definida por sds.	SE REALIZA ENTREGA DE INFORME DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS, SE REPORTA SEMANALMENTE LAS ACTIVIDADES A SDS, SE CUMPLE CON LOS COMPROMISOS ASUMIDOS EN LOS DIFERENTES ESPACIOS DE PARTICIPACION Y SE REALIZA ENTREGA DE ACTAS DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES(REUNION CON EQUIPOS, ACOMPAÑAMIENTO A PROFESIONALES, PROCESO DE PRECRITICA.	ACTA Y LISTADO DE REUNION
10	10. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	SE GARANTIZA CUSTODIA Y PROTECCIÓN DE LOS DOCUMENTOS FÍSICOS Y MAGNETICOS ENTREGADO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS DEL MES DE SEPTIEMBRE PARA AUDITORIA Y MES DE AGOTO, ASI MISMO SE CUSTODIA SOPORTES MES AGOSTO PARA PROCESO DE AUDITORIA.	CARPETAS DE PRODUCTOS DE FAMILIAS, SALUD MENTAL , SALUD BUCAL
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	SEGÚN REQUERIMIENTOS DE PARTE DEL REFERENTE DEL PROCESO	SEGÚN REQUERIMIENTOS.

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**	$ 5228176
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	79760867	-		
2024	**AGOSTO**	**2024**	**09**	**13**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS**						
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	$ 2091270	$ 334603	**$ 335500**
Salud					SALUD TOTAL		$ 261409	**$ 262100**
ARL				3	SURA		$ 50943	**$ 51200**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 606928**	**$ 648800**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24059937915

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO	2024-09-21 20:32:23
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	2024-09-23 10:30:50
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-09-23 15:10:00
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 11:29:28

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 PATRICIA AMADO REYES
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

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	52286840	ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO	KR 11 N 67a- 09 sur torre 12 apt 503	7501960	viviana.santafe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	13/09/2024	79760867	$648.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	261.500	0		0		0	3	600	0	262.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	334.700	0	0	0	0	3	800	0	335.500	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	51.000				51.000	3	200	51.200			510	51.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	261.500	262.100
Pensión	1	334.700	335.500
Riesgos Laborales	1	51.000	51.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	647.200	648.800

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	52286840	ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO		KR 11 N 67a- 09 sur torre 12 apt 503	7501960	viviana.santafe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	13/09/2024	79760867	$648.800	

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. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	52286840	SANTAFE ALFONSO ALBA VIVIANA	59	0			N																	230201	2.091.270	334.700	0	0	0	0	EPS002	2.091.270	261.500	14-11	2.091.270	3	51.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

7:44

secop.gov.co/CO

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 19:44:21
ALBA VIVIANA SANT...

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

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO DE JULIO CTO - 5375-2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO DE JULIO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE AGOSTO CTO - 5375-2024.pdf	CUENTA DE COBRO DE AGOSTO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE JULIO CTO - 5375-2024.pdf AJUSTE	AJUSTE CUENTA DE COBRO DE JULIO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	AJUSTE CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024.pdf (Archivado)	AJUSTE CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024 AJUSTE.pdf	CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024 AJUSTE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO

52286840

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 4, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

GVhbsCr7FE

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

ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO

52286840

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: septiembre 4, 2024

Vigencia de 1 año

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

BOGOTÁ