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:	LEIDY STEFANIA SUAREZ GARCIA		**Número de Documento:**	1022369544	
Correo Electrónico:	Stefaniasuarez0128@gmail.com		**Número Telefónico:**	3132502030	
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5433-2024	**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
K29PI	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
2	2024-09-01	2024-10-15	2	$ 3998136	2358

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	JUNIO	$ 3998136
2	JULIO	$ 3998136

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 3998136
4	SEPTIEMBRE	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996272	**$ 17991612**	**$ 15992544**	**$ 1999068**

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	-Realizar sensibilizaciones con información acorde a la vacunación del VPH a estudiantes, padres de familia, docentes y directivos de las instituciones educativas de la localidad de Usme, cuidad Bolívar y Tunjuelito. Así mismo informar a padres de familia de la importancia de la vacunación del VPH.	-Actas, sesiones colectivas, base de llamadas, tablero de control y reporte semanal.
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en salud sexual y reproductiva de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	-N/A	-N/A
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud sexual y reproductiva.	-N/A	-N/A
4	4. realizar la identificacion, caracterizacion, seguimiento y activacion de rutas frente al estado de la gestante y/o lactante.	-N/A	-N/A
5	5. recibir la canalizacion de los casos identificados por los diferentes entornos para direccionarlos a los procesos del espacio educativo.	-N/A	-N/A
6	6. registrar la informacion de la gestion efectuada en el aplicativo sirc.	-N/A	-N/A
7	7.verificar y remitir al componente correspondiente los casos de esquema de vacunacion incompleto o sin vacuna (plan ampliado de inmunizacion -pai) en el entorno educativo.	-Realizar jornadas de vacunación con le fin de completar esquemas de vacunación de los niños, niñas y/o adolescentes de las instituciones educativas. Se realizaron 11 jornadas en colegios y 1 en jardin	- Actas de desarrollo y tablero de control.
8	8. verificar y reportar los casos de no adherencia a crecimiento y desarrollo, en el espacio educativo.6. recopilar y consolidar la informacion y presentarla al lider del proceso de canalizaciones de gestion de programas de interes en salud pubica (gpaisp) y politicas.	-Realiza del diligenciamiento de la información de la sensibilización con padres de familia, estudiantes, docentes y directivos.	-Sesiones colectivas y tablero de control.
9	9. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-Se garantiza la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información.	-Entrega de actas y formato de sesiones colectivas.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-N/A	-N/A
11	11. realizar la pre critica y analisis de las bases de tamizaje nutricional	-Se entregara de manera oportuna los formatos correspondientes al mes.	- Actas, informe y sesiones colectivas.
12	12. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud alimentaria.	-Se presentara los informes acordes con calidad, oportunidad y veracidad.	-Informe acorde a lo solicitado.
13	13. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	- Se organizara y entregara el archivo correspondiente a las intervenciones conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	- Actas y sesiones colectivas.
14	14. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Se informara de manera oportunidad eventualidades presentadas durante las sensibilizaciones, reuniones, llamadas y mensajes de texto.	-Informe verbal y textual acorde a lo sucedido.
15	15. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	-Se asistirá a las reuniones programadas por la referentes y las profesiones de apoyo del producto.	- Formato de asistencia.
16	16. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-N/A	-N/A
17	17. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-N/A	-N/A

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**	9471854629	-		
2024	**AGOSTO**	**2024**	**09**	**10**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1599254	$ 255881	**$ 256000**
Salud		SURA		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	SI	CAFAM	**Total**	**$ 464136**	**$ 495000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488403784314

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY STEFANIA SUAREZ GARCIA	2024-09-23 08:17:30
RECHAZADO SUPERVISOR	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	2024-09-23 16:27:42
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY STEFANIA SUAREZ GARCIA	2024-09-24 16:49:32
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	2024-09-25 08:24:27
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-09-26 11:28:01
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 11:29:29

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)

© Siasur - 2024

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022369544		SUAREZ GARCIA LEIDY STEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 32 No 17 141 Ciudad verde	SOACHA-CUNDINAMARCA	5789893	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	904915194	9471854629	I	2024/09/11	2024/09/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$527,000

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)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC	1022369544 SUAREZ LEIDY	230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS010	30	$1,600,000	$200,000	CCF24	30	$1,600,000	$32,000	14-11	30	$1,600,000	$39,000	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022369544		SUAREZ GARCIA LEIDY STEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 32 No 17 141 Ciudad verde	SOACHA-CUNDINAMARCA	5789893	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	904915194	9471854629	I	2024/09/11	2024/09/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$527,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$0	$0	$39,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$0	$0	$32,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,000	$0	$0	$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				**1**	**$527,000**	**$0**	**$0**	**$527,000**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
904915194

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9471854629

Fecha
10/09/2024

Número de aprobación
00915194

Dirección IP
191.95.50.227

Valor transacción
$ 527.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.95.50.227	CC	1022369544

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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

< Evaluac

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 JUNIO-CTO 5433-2024.pdf	CUENTA JUNIO-CTO 5433-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO-CTO 5433-2024.pdf	CUENTA JULIO-CTO 5433-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO-CTO 5433-2024.pdf	CUENTA AGOSTO-CTO 5433-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

o3ayRuBgas

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

LEIDY STEFANIA SUAREZ GARCIA

1022369544

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

Con una intensidad horaria de : 02 horas

Para constancia se expide:

agosto 27, 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.

qjiHswlF7d

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

LEIDY STEFANIA SUAREZ GARCIA

1022369544

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: agosto 27, 2024

Vigencia de 1 año

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

BOGOTÁ