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:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-15	
Nombre del Contratista:	ELIANA PATRICIA BLANCO SAAVEDRA		**Número de Documento:**	30665835	
Correo Electrónico:	elinablan_1520@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3153669848	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5169-2024	**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
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	46	21729	$2998602	140.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2998602**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS 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	2024-08-15	1	$ 0	0
2	2024-08-01	2024-09-15	2	$ 7996772	1918
3	2024-09-01	2024-10-15	3	$ 0	0
4	2024-10-01	2024-10-15	4	$ 999534	2515
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	JULIO	$ 847431
2	AGOSTO	$ 2238087
3	SEPTIEMBRE	$ 2694396

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996272	**$ 16992578**	**$ 5779914**	**$ 11212664**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, y realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, sífilis y hepatitis B con resultado positivo.	--Se realiza un abordaje integral en 60 sesiones en las dimensiones de salud mental,salud materna,salud infantil,crónicos,salud sexual,SAN,entorno a la importancia de autocuidado.-	-Diario de campo y drive
2	2. Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios	--Se realiza un abordaje integral en 60 sesiones en las dimensiones de salud mental,salud materna,salud infantil,crónicos,salud sexual,SAN,entorno a la importancia de autocuidado	-.-Diario de campo y drive
3	3. Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios	-Se realizan canalizaciones,según necesidad de la comunidad para su abordaje integral --	-Formato de canalizacion
4	4. Realizar asesoría individual en hábitos de vida saludable, actividad física, alimentación saludable según criterios de tamización en talla, peso, medidas antropométricas y medidas tensionales	-Realización de 60 sesiones,entorno a las dimensiones como son salud mental,salud materna,salud infantil,salud sexual y reproductiva ,crónicos promoviendo espacios en educación en salud,promoviendo espacios participativos.	Drive,ficha metodológica,diario de campo y listado de sesiones colectivas
5	5. Realizar acciones de promoción de la salud mental, la convivencia y la prevención de diferentes formas de violencia, promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos	-Ejecución de 46 horas adicionales en el mes de septiembre con la implementación de 15 sesiones.-	-Drive,ficha metodológica,diario de campo
6	6. canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	---Participación en reuniones y asistencias técnicas programadas y convocadas por la Subred Sur, Entorno comunitario y Secretaria Distrital de Salud.	--Acta y listado de asistencia
7	7. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	--Retroalimentación de matriz de seguimiento familiar, reportes de seguimientos diarios, diligenciamiento de formatos establecidos desde nivel central y demas informes y tableros de control solicitados y establecidos desde la Subred Sur y Secretaria Distrital de Salud.	--Drive,ficha metodológica,diario de campo
8	8. Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se realiza la organizacion de soportes con las indicaciones de gestión documental	-(1) Carpeta físicos, diarios de campo y sesiones colectivas.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Presentar productos para precrítica y preauditoria.	-Se presenta soportes de la estrategia cuidado colectivo para el bienestar, en los tiempos establecidos con la calidad requerida y de manera oportuna.	-Acta y listado de asistencia.
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	--Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad.	-Acta y listado de asistencia.

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	$ 2694396
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9475045376	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**10**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEISPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1077758	$ 172441	**$ 256300**
Salud		NUEVA EPS		$ 134720	**$ 200300**
ARL	3	SURA		$ 26254	**$ 39100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 312787**	**$ 495700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	427732032987

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ELIANA BLANCO SAAVEDRA	2024-10-18 20:25:43
RECHAZADO SUPERVISOR	JEISON RODRIGO PARRA TRIANA	2024-10-19 00:03:47
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ELIANA BLANCO SAAVEDRA	2024-10-19 14:23:42
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JEISON RODRIGO PARRA TRIANA	2024-10-19 15:12:50
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-10-21 12:13:14

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.



JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

© Siasur - 2024

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 30665835		BLANCO SAAVEDRA ELIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 27 #52-35SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3669848	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	70776410	9475045376	I	2024/10/08	2024/10/10	BANCO DE OCCIDENTE	2	$495,700

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	30665835	BLANCO ELIANA	230301	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

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 30665835		BLANCO SAAVEDRA ELIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 27 #52-35SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3669848	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	70776410	9475045376	I	2024/10/08	2024/10/10	BANCO DE OCCIDENTE	2	$495,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$400	$0	$256,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$255,900	$400	$0	$256,300
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	$300	$0	$200,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$300	$0	$200,300
TOTAL				1	$494,900	$800	$0	$495,700

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 JULIO 2024 CTO 5169-2024.pdf.crdownload	CUENTA JULIO 2024 CTO 5169-2024.pdf.crdownload	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO AGOSTO 2024 CTO 5169-2024.pdf	CUENTA COBRO AGOSTO 2024 CTO 5169-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2024 CTO 5169-2024.pdf	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2024 CTO 5169-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo