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:	ANYUDY HASBLEIDY RICO TORRES		**Número de Documento:**	52277295	
Correo Electrónico:	hasbleidydy2008@gmail.com		**Número Telefónico:**	3107754121	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5084-2024	**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	98	21729	$4128510	193.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4128510**	**CUATRO MILLONES CIENTOVEINTIOCHO MIL QUINIENTOS DIEZPESOS**					

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	$ 6996738	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	$ 3520098	2358
3	2024-10-01	2024-10-15	3	$ 2129442	2515
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		JUNIO		$ 3998136	

© Siasur - 2024

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

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996272	**$ 20642550**	**$ 15992544**	**$ 4650006**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Fomentar en personas con discapacidad, familias, cuidadoras y líderes, la adquisición gradual de capacidades para la autogestión, la autonomía y el empoderamiento en prácticas de cuidado y autocuidado.	-Se da cumplimiento a la realización de tamizajes frente a la prevención de consumo de sustancias psicoactivas y se realizo participacion en (4) sesiones , en las cuales se abordo Ia promoción de habilidades diarias para el fortalecimiento de capacidades propias, relaciones y convivencia social , salud fisica y mental, redes de apoyo desde la base de mitigacion del consumo de SPA.	-Actas grupales enmarcadas en la poblacion a intervenir desde la estrategia de ERRD.
2	2. Seguimiento presencial o no presencial a cada persona con discapacidad psicosocial asociada a trastorno mental y/o a un familiar o cuidador de esta, quien determinara el estado actual de su salud mental, las necesidades de apoyo psicosocial y la activación de rutas si es pertinente.	-Se realiza seguimiento a los usuarios canalizados y direccionados en el mes de septiembre por el equipo de reduccion de riesgos y daño	--Llamadas de seguimiento y diligenciamiento en formato vinculate a los usuarios abordados en el equipo de reduccion de riesgos y daños
3	3. Identificar y direccionar a personas con discapacidad, a su grupo familiar y/o cuidadoras/res donde se encuentren necesidades y prioridades de orientación y asesoría.	--Se realiza direccionamiento y canalizacion a los servicios de salud a cada uno de los usuarios de acuerdo a sus necesidades	-Entrega de formato de canalizacion .y registro en base de seguimiento de direccionamiento
4	4. Realizar Abordaje basado en el modelo de ocupación humana en la población priorizada según lineamientos.	--Se realiza orientacion y estructuracion de habitos y rutinas saludables relacionando la importancia de la prevencion, mitigacion de consumo de spa . Para el fortalecimiento de procesos de ejecucion en areas ocupacionales a los usuarios intervenidos desde la estrategia de reduccion de riesgos y daños.	-Entrega de Planes Caseros
5	5. Realizar seguimientos telefónicos acciones grupales y participar de jornadas convocadas.	--seguimientos telefonicos a usuarios de direccionamiento y canalizacion a servicios de salud. -Se participo en jornadas de prevencion Rumbea con bien Estar. Estableciendo la importancia de aplicar las 8 C ,destacando los daños a la salud ocasionados por el cigarrillo electronico, tabaco y alcohol ,y Estableciendo la tematica del equilibrio ocupacional, mediante la estructuracion de habitos y rutinas saludables, la identificacion de actividades significativas que promueven la calidad de vida, y el reconocimiento de afectaciones fisicas , mentales y emocionales que tiene el consumo de sustancias psicoactivas. -	-Registro en base de seguimiento canalizaciones y direccionamiento Ficha tecnica y Registro de asistencia en participacion de Jornadas
6	6. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Se realizo cumplimiento de las acciones establecidas en el portafolio teniendo en cuenta , puntos tiempos y lugares de operación.	-Portafolio y actas de entrega.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se realizo cumplimiento de las actividades y acciones asignadas en el equipo de reduccion de riesgos y daños, relacionados a la entrega de formatos , vinculados, actas y fichas tecnicas de sesiones	---Actas entrega de fichas vinculate, fichas tecnicas y actas de sesiones colectivas.
8	8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se realiza participacion en el marco de fortalecimiento de capacidades de talento humano , asistencia tecnica 02/10/2024 y participacion en reunion de entorno 15/10/2024	--Listado de asitencia

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**	80688341	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**09**				
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1599254	$ 255881	**$ 255900**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	POSITIVA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24107528157

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANYUDY HASBLEIDY RICO TORRES	2024-10-17 15:51:36
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JEISON RODRIGO PARRA TRIANA	2024-10-18 14:59:42
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-10-21 10:26:51

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)

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	52277295	ANYUDY HASBLEIDY RICO TORRES	KR 55 N 5A 8 18	2613859	Hasbleydy2008@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	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80688341	$494.900	

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	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	255.900	0	0	0	0	0	0		255.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	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	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	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	494.900

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	52277295	ANYUDY HASBLEIDY RICO TORRES	KR 55 N 5A 8 18	2613859	Hasbleydy2008@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	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80688341	$494.900	

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	52277295	RICO TORRES ANYUDY HASBLEIDY	59	0			N																	25-14	1.599.255	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.255	200.000	14-23	1.599.255	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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 JUNIO 2024CTO 5084-2024.pdf	CUENTA JUNIO 2024CTO 5084-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2024CTO 5084-2024.pdf	CUENTA JULIO 2024CTO 5084-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2024CTO 5084-2024.pdf	CUENTA AGOSTO 2024CTO 5084-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

	CUENTA SEPTIEMBRE 2024CTO 5084-2024.pdf (Archivado)	CUENTA SEPTIEMBRE 2024CTO 5084-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2024CTO 5084 2024.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2024CTO 5084 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.