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:	PAOLA ANDREA PEREZ PALACIOS		**Número de Documento:**	1032419997	
Correo Electrónico:	paitopp28@gmail.com		**Número Telefónico:**	3222742305	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5055-2024	**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	0	21729	$1999068	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1999068**	**UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHOPESOS**					

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. 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.	-A través de la intervención comunitaria de enfoque preventivo para la mitigación de enfermedades crónicas no transmisibles en los puntos cuídate, sé feliz del entorno cuidador comunitario, se fomenta y fortalece la práctica de hábitos de vida saludable, desestimulando el consumo de productos ultra procesados, bebidas alcohólicas, derivados del tabaco, y se realiza charla de prevención frente a la exposición de rayos UV y la calidad del aire en Bogotá.	-Formato de captura de usuarios, formato de sesiones colectivas
2	2. Realizar 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.	-Por medio de las medidas antropométricas se identifica el nivel de riesgo cardiovascular en personas mayores de 18 años, se realiza el respectivo direccionamiento a las EAPB a partir de las necesidades identificadas.	- Formato de captura de usuarios, formato de sesiones colectivas
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.	-A usuarios con IMC mayor a 30, sobrepeso, hipertensión arterial y/o diabetes no adherentes tratamientos, estratificación de riesgo alto según escala de FINDRISC , riesgo alto, muy alto y extremadamente alto en la escala de la OMS, se les realiza planes de autocuidado donde se plasman los compromisos en la práctica de hábitos de vida saludable, para evitar la aparición o evolución negativa de enfermedades crónicas no transmisibles	- Formato de captura de usuarios, formato de sesiones colectivas
4	4. Realizar acciones de información, educación y comunicación (IEC), en alimentación saludable, disminución en el consumo de tabaco y alcohol, planes de automanejo, actividad física, hábitos de vida saludable y educación en índice bogotano de calidad de aire (IBOCA).	-A través de acciones en salud se brinda asesoría individualizada frente al consumo de alimentos frescos, naturales, la práctica de actividad física de forma regular y sus beneficios teniendo en cuenta el curso de vida de cada usuario y el uso de elementos de protección por la presencia de rayos UV, consumo responsable de bebidas alcohólicas, charla breve en cesación de tabaco a personas fumadoras. se brindan recomendaciones frente a la prevención del cáncer de cuello uterino, próstata y mama. Dada la emergencia ambiental que se ha presentado en la ciudad, se refuerza la asesoría en indicaciones de autocuidado frente a la exposición a la mala calidad del aire.	-Formato de captura de usuarios, entrega de tarjeta de condiciones crónicas, de salud y embarazo, formato de sesiones colectivas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. identificar por medio de tablas de referencia las alertas por riesgo cardiovascular utilizando talla, peso y perímetro abdominal e índice de masa corporal.	-A cada uno de los usuarios, se le realiza una estratificación del riesgo cardiovascular de acuerdo a la escala de FINDRISC y la escala de riesgo cardiovascular de la OMS, donde se tienen en cuenta datos como: curso de vida, antecedentes familiares, la toma de medicamentos, controles médicos, cifras de la presión arterial, oximetría, frecuencia cardíaca, práctica de actividad física, cuestionario breve de EPOC, consumo de frutas-verduras, tabaco, alcohol, se realizan acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad frente a la aparición de cáncer de cuello uterino, mama y próstata de acuerdo al curso de vida de cada usuario .	-Formato de captura de usuarios, formato de sesiones colectivas
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	-Se realiza activación de ruta a las diferentes EAPB a aquellos usuarios que durante la atención en punto y de acuerdo al curso de vida se les realiza una identificación de riesgo y/o necesidad ejemplo: usuarios que no se han realizado el examen de la próstata, la mamografía, la citología, usuarios no adherentes a tratamientos médicos, usuarios con alteraciones auditivas o visuales, en obesidad, con cuestionario de EPOC positivo, entre otros.	-Formato de canalización, formato de captura de usuarios.
7	7. Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Para el mes de octubre se realizan 11 jornadas en las localidad de Tunjuelito se asiste a jornadas solicitadas por derechos de petición, se asiste a las reuniones con profesional de apoyo y la reunión mensual del entorno, se realizan intervenciones en barrios priorizados.	-Formatos, actas, informes, formato de sesiones colectivas
8	8. adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se hace entrega de soportes correspondientes a la ejecución del mes realizando verificación en la calidad del dato, canalizaciones e informe mensual. Actualización y ajuste de portafolio y cronogramas por cambios presentados en el mes anterior	-Listado de asistencia, portafolio
9	9. Presentar productos para precrítica y preauditoria	-Semanalmente se realizan reuniones con la profesional de apoyo para revisión de la calidad de los productos.	- Actas, listado de asistencia
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Desde el perfil de fisioterapia en los puntos cuídate se promueve la práctica de actividad física a los diferentes cursos de vida a través de actividades lúdicas- recreativas que llamen la atención de los usuarios que transitan por el espacio público, estas estrategias se adecuan a cada usuario de acuerdo a las necesidades identificadas y con el fin de disminuir el sedentarismo, desde niños hasta las personas mayores. Durante el mes se realiza reuniones con el profesional de apoyo de forma presencial para realizar retroalimentación del mes anterior, distribución de actividades para el mes de octubre cronograma de las jornadas solicitadas, entrega de soportes, ajuste de cronograma y portafolio, distribución de informe, actas. Proyección de actividades con otras estrategias o entidades, entrega de insumos y otras actividades que se requieran dentro del entorno.	-Listado de sesiones colectivas, Listado de asistencia, actas, portafolio

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**	80913782	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**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	**$ 255900**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	570004370733760

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAOLA ANDREA PEREZ PALACIOS	2024-10-17 10:51:31
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAOLA ANDREA PEREZ PALACIOS	2024-10-17 10:53:09
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JEISON RODRIGO PARRA TRIANA	2024-10-17 23:28:30
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-10-18 14:54:25

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

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	1032419997	PAOLA ANDREA PEREZ PALACIOS	CRA 1F # 49 - 18 SUR	3222742305	paperezp23@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80913782	$526.900	

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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.000	0	0	32.000	1

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	1	32.000	32.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.900	526.900

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	1032419997	PAOLA ANDREA PEREZ PALACIOS		CRA 1F # 49 - 18 SUR	3222742305	paperezp23@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	10/10/2024	80913782	$526.900	

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	1032419997	PEREZ PALACIOS PAOLA ANDREA	59	0			N																	230301	1.599.255	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.255	200.000	14-11	1.599.255	3	39.000	CCF24	1.599.255	32.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 2024 CTO 5055-2024.pdf (Archivado)	CUENTA JUNIO 2024 CTO 5055-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA- JUNIO 2024 CTO 5055-2024.pdf	CUENTA- JUNIO 2024 CTO 5055-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2024 CTO 5055-2024.pdf	CUENTA JULIO 2024 CTO 5055-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA AGOSTO 2024 CTO 5055-2024.pdf.pdf (Archivado)	CUENTA AGOSTO 2024 CTO 5055-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO-2024 CTO 5055-2024.pdf	CUENTA AGOSTO-2024 CTO 5055-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE-2024 CTO 5055-2024.pdf.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE-2024 CTO 5055-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >