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:	EDWIN FUENTES FLORES		**Número de Documento:**	80131109	
Correo Electrónico:	efuentesf@gmail.com		**Número Telefónico:**	3007328797	
Nombre del Supervisor:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	**Cargo:**	COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5593-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	1428
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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
K25PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	41	35099	$4668167	135.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4668167**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTOSESENTA Y SIETEPESOS**					

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	$ 9687324	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	$ 9441631	2358
3	2024-10-01	2024-10-15	3	$ 1439059	2515
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		JUNIO		$ 6458216	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	JULIO	$ 6458216
3	AGOSTO	$ 6458216
4	SEPTIEMBRE	$ 9441631

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 12916432	**$ 33484446**	**$ 28816279**	**$ 4668167**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Apoyar y/o supervisar los contratos que le sean asignados. *realizar seguimiento a la ejecución de las obligaciones contractuales de los contratos que le sean asignados por el supervisor. *presentar al supervisor informe del seguimiento a la ejecución administrativa y financiera de los contratos asignados. *verificar que los informes de actividades, modificaciones contractuales y documentos del contrato se encuentren cargados en la plataforma secop ii.	-Recepción de informe de actividades octubre componente componente 1 y 2 (SIASUR)	-Aplicativo SIASUR
2	2. orientar los procesos asignados como profesional especializado 2 con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de salud pública de intervenciones colectivas y la subred integrada de servicios de salud del sur ese.	-Reunión Alistamiento técnico, administrativo - Participación espacio de direccionamiento Tunjuelito - Participación espacio de direccionamiento Usme - Participación Espacio de direccionamiento Ciudad Bolivar - Asistencia técnica AYP -Reunión equipo del proceso transversal - Consolidación y envío de calendario misional - - Envío información DOFA para canalizaciones - Consolidación informe de gestión	-ACtas y listado de asistencia - Correos de envio
3	3. planear, ejecutar y evaluar las acciones del componente o subcomponente en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas, realizando las respectivas acciones de mejoramiento.	-Reunión de planeamiento administrativa, financiera - Reunión equipo del proceso transversal	-Actas y listados de asistencia
4	4. apoyar, según los requerimientos, los procesos de los demás componentes y subcomponentes del plan de salud pública de intervenciones colectivas, la subred integrada de servicios de salud del sur ese y la secretaria distrital de salud.	-Ninguna en el mes	-Ninguna en el mes
5	5. desarrollar y entregar informes a la luz de cronogramas, lineamientos, planes de trabajo, entre otras intervenciones, sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo para la respectiva revisión y verificación de productos	-Informe de junta septiembre(mes vencido) - Factura,entre otros. - preauditoria octubre- Respuesta oficios y proposiciones	-Informe de junta (mes vencido) - Factura,entre otros. - preauditoria Respuesta oficios y proposiciones
6	6. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato.	-Se realiza revision permanente	--Se realiza revision permanente

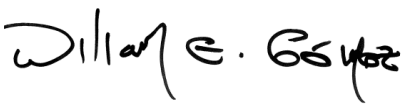
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. realizar la revisión y apropiación de los lineamientos técnicos dados por la sds y que son propios de su intervención, así como participar generar asistencias técnicas, inducción, reinducción, capacitaciones y entrenamiento del proceso de análisis y políticas para la salud y vida en los territorios en el marco del convenio gsp-pspic y las convocadas por la subred integrada de servicios de salud del sur ese.	-Permanente se hace gestion documental	--Permanente se hace gestion documental
8	8. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	-Se realiza pago de SGSSSS en octubre	--Se realiza pago de SGSSSS en octubre
9	9. realizar los aportes al sistema de seguridad social en salud conforme a lo establecido por la ley.	-Recepción de soportes de informe de actividades (SIASUR) subproceso 1 y 2.	-Recepción de soportes de informe de actividades (SIASUR) subproceso 1 y 2. 28 profesionales
10	10. Definir la necesidad de contratación de personal asistencial (OPS) de las diferentes unidades de la Subred de acuerdo a la capacidad instalada y análisis de producción para lo cual se deberá gestionar su radicación ante la Dirección correspondiente.	-Participacion en reuniones convocadas por la coordinacion PIC y direccion de gestion del riesgo	-Actas y listados de asistencia
11	11. Apoyar en la supervisión los contratos que sean asignados y realizar seguimiento a la ejecución técnica, administrativa y financiera durante la etapa contractual y post-contractual en todos los tramites establecidos en los procesos y procedimientos institucionales.	-Preauditorias de soportes para auditoria junio y julio	-Gestion documental
12	12. Verificar que los informes de actividades presentados los contratistas a cargo, cumplan con las obligaciones pactadas contractualmente.	-Se realiza verificación de SIASUR a los 30 colaboradores de Analisis y politicas	-Cuentas en siasur
13	13. Informar oportunamente las novedades o posibles incumplimientos que se deriven de la ejecución de las actividades contractuales debidamente soportados, de los contratos a cargo.	-Ninguna novedad reportada en el mes	-Actas de comite de TH y comite PIC
14	14. Verificar que las modificaciones contractuales (adiciones, prorrogas y otros) e informes de actividades mensuales, se encuentren legalizados en la plataforma SECOP II.	-Se verifica y notifica en comite de TH y comite PIC	-Actas y listados de asistencia
15	15. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Ninguna en el mes	--Ninguna en el mes

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**	$ 9441631
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	80913219	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**09**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UNPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado			NO		PORVENIR	$ 3776652	$ 604264	**$ 606900**
Salud					SÁNITAS		$ 472082	**$ 474200**
ARL			3		SURA		$ 91999	**$ 92400**
Caja de Compensación			NO			**Total**	**$ 1096060**	**$ 1173500**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	550002100125224

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EDWIN FUENTES FLOREZ	2024-10-25 10:59:12
ACEPTADO SUPERVISIÓN	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	2024-10-25 11:19:24
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-25 11:28:03

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.



WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

© 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	80131109	EDWIN FUENTES FLOREZ	Carrera 3a bis 92a 09 sur	3007328797	efuentesf@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	80913219	$1.173.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	472.100	0		0		0	6	2.100	0	474.200	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	604.300	0	0	0	0	6	2.600	0	606.900	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	92.000				92.000	6	400	92.400			920	92.400	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	472.100	474.200
Pensión	1	604.300	606.900
Riesgos Laborales	1	92.000	92.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.168.400	1.173.500

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	80131109	EDWIN FUENTES FLOREZ		Carrera 3a bis 92a 09 sur	3007328797	efuentesf@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	80913219	$1.173.500	

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	Estudiante	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	80131109	FUENTES FLOREZ EDWIN	59	0			N																	230301	3.776.652	604.300	0	0	0	0	EPS005	3.776.652	472.100	14-11	3.776.652	3	92.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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