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:	YEIMY LUZ DARY FLORIDO BEJARANO		**Número de Documento:**	53036873	
Correo Electrónico:	YEIMYFLORIDOB@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3112973136	
Nombre del Supervisor:	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5838-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	1428
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	5	28414	$2756158	98.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2756158**	**DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTOCINCUENTA 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	$ 8097987	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	$ 5341833	2358
3	2024-10-01	2024-10-15	3	$ 170482	2515
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		JUNIO		$ 5228176	

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	JULIO	$ 5483902
3	AGOSTO	$ 5228176
4	SEPTIEMBRE	$ 5341832

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10456352	**$ 24066654**	**$ 21282086**	**$ 2784568**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar Investigación epidemiológica de campo (IEC), brotes y/o socio epidemiológica eventos de interés en salud pública, garantizando la oportunidad y calidad del producto.	-Se realizó revisión y ajustes de las 3 ISEC de las localidades urbanas de la Subred Sur.	-Informes.
2	2. Realizar depuración, consolidación, ajuste y retroalimentación de la información contenida en las bases de datos con el fin de garantizar la calidad de la información notificada y consolidada en vigilancia en salud pública.	-Se realizó revisión, depuración y concordancia de las bases de la VEBC y las fichas de notificacion.	-Bases de datos y actas de preauditoría.
3	3. Participar en acciones de socialización, articulación, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	-Articulación con el subsistema transmisibles para la revisión de temas de los 2 COVECOM, correspondientes a la localidad de Usme y Suamapaz.	-Actas y listados de asistencia.
4	4. Analizar la información y tomar decisiones para el cumplimiento de las acciones con calidad y oportunidad contribuyendo a la consolidación y análisis de los indicadores.	-Revisión de fuentes de información primarias, con el objetivo de aportar a boletines epidemiológicos, alertas epidemiológicas entre otros.	-Infografias e informes.
5	5. Realizar cruces de información con diferentes fuentes que permitan fortalecer la coherencia de la información producida en vigilancia en salud pública.	-Se realizó revisión de las bases de transmisibles para la socialización de los COVECOM ejecutados..	-Actas y listado de asistencia.
6	6. Realizar canalización a los usuarios a los que se les identifique algún riesgo vital, según competencia.	-No se realizó la actividad durante el periodo de tiempo evaluado	-No se realizó la actividad durante el periodo de tiempo evaluado
7	7. Realizar asistencias técnicas a las Unidades Primarias Generadoras de datos de la Subred.	-Se realizaron 3 fortalecimientos de capacidades de las localidades Ciudad Bolívar y Usme.	-Actas y listados de asistencia.
8	8. Realizar alistamiento, preparación y organización de la asistencia técnica a las UPGD que conforman la Red de Operadores de Vigilancia en Salud Pública.	-Se realizó revisión de indicadores y preparación de temas para la socialización	-Actas y presentaciones.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9, Convocar, organizar, reportar y realizar todas y ca da una de las actividades de alistamiento para e desarrollo de las Unidades de Análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten y que sea requeridos por la Secretaria Distrital de Salud.	-Revisión de bases e indicadores de morbimortalidad y socioeconómicos para las unidades de análisis de los 2 COVECOM Usme: 1 Sumapaz: 1	-Actas, listados de asistencia y presentaciones.
10	10. Planeación ejecución y análisis del COVE y COVECOM de eventos de interés en salud pública.	-Realización de 2 COVECOM con presentación de indicadores relacionados al tema priorizado, Usme: 1 Sumapaz: 1	-Actas y listados de asistencia.
11	11. Realizar la Búsqueda Activa Institucional de los eventos de interés en salud pública.	-No se realizó la actividad durante el periodo de tiempo evaluado.	-No se realizó la actividad durante el periodo de tiempo evaluado.
12	12.Ejecutar la disponibilidad para la atención de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento.	-No se realizó la actividad durante el periodo de tiempo evaluado.	-No se realizó la actividad durante el periodo de tiempo evaluado.
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se realizó revisión de lineamientos.	-Lectura a través de correo electrónico

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	$ 5341832
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	80912261	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**09**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOSPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2136733	$ 341877	**$ 342100**
Salud		FAMISANAR		$ 267092	**$ 267300**
ARL	3	SURA		$ 52051	**$ 52100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 620123**	**$ 661500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	66985893447

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YEIMY LUZDARY FLORIDO BEJARANO	2024-10-18 11:08:14
RECHAZADO SUPERVISOR	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	2024-10-18 20:04:54
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YEIMY LUZDARY FLORIDO BEJARANO	2024-10-18 20:27:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	2024-10-18 20:29:35
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-21 11:06:23

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.



ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ

© 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	53036873	YEIMY LUZ DARY FLORIDO BEJARANO	Cll 52a 36 43	7105693	yeimyfloridob@gmail.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	09/10/2024	80912261	$661.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	267.300	0		0		0	0	0	0	267.300	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	342.100	0	0	0	0	0	0		342.100	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	52.100				52.100	0	0	52.100			521	52.100	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	267.300	267.300
Pensión	1	342.100	342.100
Riesgos Laborales	1	52.100	52.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	661.500	661.500

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	53036873	YEIMY LUZ DARY FLORIDO BEJARANO	Cll 52a 36 43	7105693	yeimyfloridob@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

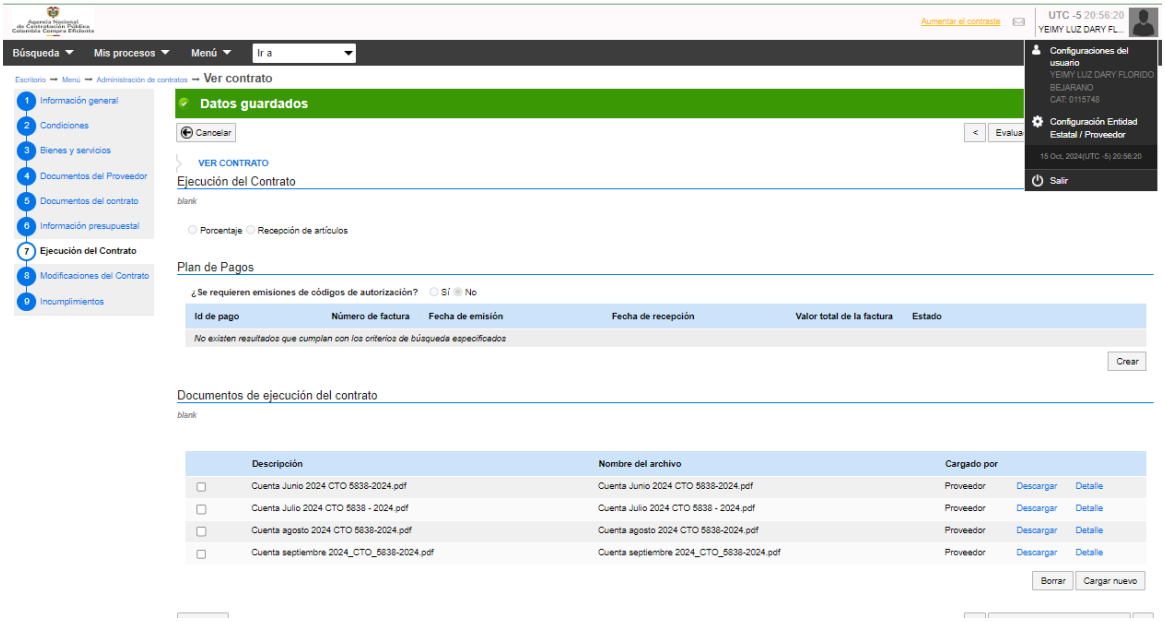
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80912261	$661.500	

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	53036873	FLORIDO BEJARANO YEIMY LUZ DARY	59	0			N																	25-14	2.138.000	342.100	0	0	0	0	EPS017	2.138.000	267.300	14-11	2.138.000	3	52.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Aumentar el contraste
UTC -5 20:56:20
YEIMY LUZ DARY FL...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
YEIMY LUZ DARY FLORIDO BEJARANO
CAT. 0115748
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
15 Oct, 2024(UTC -5) 20:56:20
Salir
Escritorio ➞ Menú ➞ Administración de contratos ➞ Ver contrato
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
<
Evalua
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 5838-2024.pdf
Cuenta Junio 2024 CTO 5838-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Cuenta Julio 2024 CTO 5838 - 2024.pdf
Cuenta Julio 2024 CTO 5838 - 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Cuenta agosto 2024 CTO 5838-2024.pdf
Cuenta agosto 2024 CTO 5838-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Cuenta septiembre 2024_CTO_5838-2024.pdf
Cuenta septiembre 2024_CTO_5838-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo