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:	MARIA ALEXANDRA JIMENEZ REYES		**Número de Documento:**	52163867	
Correo Electrónico:	reyesalexamaria@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142266988	
Nombre del Supervisor:	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5887-2024	**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
K32PI	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. realizar investigaciones epidemiológicas de campo (iec) de eventos de interés en salud pública.	---Realizar las investigaciones de campo asignadas por el subsistema de transmisibles	Asignación de eventos formato de IEC
2	2. registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	--Se realiza formato de investigación de campo junto con sus anexos consultados otras fuentes de información, con el fin de generar coherencia en el dato	isitas y formatos de investigación
3	3. identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad.	--Se realiza formato de investigación de campo junto con sus anexos consultados otras fuentes de información, con el fin de generar coherencia en el dato.	Formato de investigación de campo
4	4. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad.	-Realizadas a la necesidad del usuario socializando el tratamiento de datos para cada activación de ruta-	-Formato de canalización
5	5. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato y productos a la sds.	-Realizadas a la necesidad del usuario socializando el tratamiento de datos para cada activación de ruta	Formato de canalización
6	6. realizar cruces de información para la verificación de los eventos abordados en la iec de cada variable.	--Se realiza consulta en las diferentes fuentes de información como PIA Geo codificador SDS,	--comprobando los derechos e historias clínicas aplicativo
7	7. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	--Asistir al fortalecimiento y retroalimentación por parte del subsistema de transmisibles	-Actas y listados de asistencia
8	8. realizar asistencia técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui y upgds.	La actividad no aplica	La actividad no aplica
9	9. realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	-- de la UPGDS públicas y privadas de las localidades de influencia de la Subred Sur.-- actividades según la necesidad -	---actividades según la necesidad
10	10. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	---formato de control para la investigación de campo con calidad y oportunidad	- - --formato asignada en caja de herramientas

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur e.s.e , participar de las actividades asignadas por la coordinación pic.	La actividad no aplica	La actividad no aplica
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Reuniones programas en coordinación como inducción y capacitación sobre las diferentes competencias de interés en salud publica ULC mensual	-lista de asistencia

© Siasur - 2024

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**	9474814409	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**17**				

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	**$ 295300**
Salud		SURA		$ 199907	**$ 230700**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 45000**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 464136**	**$ 571000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	550488403405365

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA ALEXANDRA JIMENEZ REYES	2024-10-17 13:30:29
RECHAZADO SUPERVISOR	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	2024-10-17 22:25:52
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA ALEXANDRA JIMENEZ REYES	2024-10-18 09:07:51
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	2024-10-18 16:44:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-21 08:27:10

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.



© 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 52163867		JIMENEZ REYES MARIA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 51B # 78G-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4528811	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	987440535	9474814409	I	2024/10/16	2024/10/17	NEQUI	1	$608,700

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)					$1,845,240	$295,300			$1,845,240	$230,700			$1,845,240	$37,000			$1,845,240	$45,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,845,240	$295,300			$1,845,240	$230,700			$1,845,240	$37,000			$1,845,240	$45,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,845,240	$295,300			$1,845,240	$230,700			$1,845,240	$37,000			$1,845,240	$45,000		$0	$0
1	CC 52163867	JIMENEZ MARIA	25-14	30	$1,845,240	$295,300	EPS010	30	$1,845,240	$230,700	CCF24	30	$1,845,240	$37,000	14-11	30	$1,845,240	$45,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,845,240	$295,300			$1,845,240	$230,700			$1,845,240	$37,000			$1,845,240	$45,000		$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 52163867		JIMENEZ REYES MARIA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 51B # 78G-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4528811	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	987440535	9474814409	I	2024/10/16	2024/10/17	NEQUI	1	$608,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$295,300	$300	$0	$295,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$295,300	$300	$0	$295,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,000	$100	$0	$45,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,000	$100	$0	$45,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,000	$100	$0	$37,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$37,000	$100	$0	$37,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,700	$200	$0	$230,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$230,700	$200	$0	$230,900
TOTAL				1	$608,000	$700	$0	$608,700

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

Datos guardados

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_5887_2024.pdf (Archivado)	CUENTA_JUNIO_2024_CTO_5887_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA_JULIO_2024_CTO_5887_2024.pdf (Archivado)	CUENTA_JULIO_2024_CTO_5887_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_JUNIO_2024_CTO_5887_2024..pdf	CUENTA_JUNIO_2024_CTO_5887_2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_JULIO_2024_CTO_5887_2024..pdf	CUENTA_JULIO_2024_CTO_5887_2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_AGOSTO_2024_CTO_5887_2024.pdf	CUENTA_AGOSTO_2024_CTO_5887_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_SEPTIEMBRE_2024_CTO_5887_2024.pdf	CUENTA_SEPTIEMBRE_2024_CTO_5887_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >