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:	LAURA VALENTINA ROMAN AMADO		**Número de Documento:**	1001343239	
Correo Electrónico:	valentinaroman1608@gmail.com		**Número Telefónico:**	3203653029	
Nombre del Supervisor:	ERICA LICET OSPINA ORTIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4993-2024	**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
K28PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	73	21729	$3585285	168.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3585285**	**TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCOPESOS**					

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
3	2024-10-01	2024-10-15	3	$ 1607346	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	**$ 19598958**	**$ 15992544**	**$ 3606414**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Promover en niños, niñas, adolescentes, sus familias, padres y/o cuidadores, el uso de herramientas que fomenten practicas de auto-cuidado .	- Se socializa prevención y socialización en habilidades de la vida enfocada a pautas de auto-cuidado y hábitos de vida saludable.	- En las sesiones se trabaja pautas de crianza, ante la implementación de auto-cuidado y hábitos saludables enfocados a una buena calidad de vida en necesidades básicas
2	2.monitorear el proceso de desvinculacion de niños, niñas y adolescentes o trabajo protegido en adolescentes trabajadores y realizar seguimiento a la desvinculacion de las peores formas de trabajo en niños, niñas y adolescentes previamente intervenidos	- Se realiza acompañamiento en campo de asesorías de 46 niños, niñas y adolescentes en primer y segunda asesoría y cierres	- Formato de seguimiento
3	3. realizar asesorias a familias y acudientes de niños, niñas y adolescentes trabajadores para el reconocimiento y definicion de roles.	- Se realizan seguimientos, a niños, niñas y adolescentes para su reconocimiento e identificación de roles, en estas se encuentran necesidades en su diario vivir que deben ser tratados y trabajados mediante las sesiones enfocados a la participación de las habilidades de la vida	- Formato de seguimiento
4	4. realizar seguimiento en la efectividad de las canalizaciones y activacion de ruta a los riesgos identificados en las acciones desarrolladas.	- Se identifican las necesidades del usuario (inasistencia odontológica, valoración integral, salud mental, esquema de vacunación, etc. Se canaliza y se despliegan las diferentes necesidades identificadas, con el fin de garantizar las necesidades del usuario, se realiza revisión periódicamente con el fin de dar resultado	- Drive de agendamiento Capital salud, anexo migrantes venezolanos, canalizaciones.
5	5. Monitorear la conformacion y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	- No aplica la actividad para mes reportado	- No aplica la actividad para mes reportado
6	6. desarrollar actividades colectivas para fomentar los derechos en salud.	- Se diligencia formatos de recolección teniendo en cuenta los lineamiento y/o instrumentos	- Se diligencia formatos de recolección teniendo en cuenta los lineamiento y/o instrumentos
7	7. realizar asesorias para la promocion del autocuidado	- No aplica la actividad para mes reportado	- No aplica la actividad para mes reportado
8	8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o instrumentos	- Se diligencia formatos de recolección teniendo en cuenta los lineamiento y/o instrumentos	- Formato de seguimiento
9	9. desarrollar sesiones colectivas para la promocion del autocuidado	- No aplica la actividad para mes reportado	- No aplica la actividad para mes reportado

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Realizar asesoria psicosocial en unidades de trabajo informal de alto, mediano y bajo impacto	- No aplica la actividad para mes reportado	- No aplica la actividad para mes reportado
11	11 reconocer la labor de la mujer por el cuidado de la salud.	- No aplica la actividad para mes reportado	- No aplica la actividad para mes reportado
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	- Se socializa revisión de material correspondiente a primera, segunda visita y cierre frente a la desvinculación en los niños, niñas y adolescentes	- Formato de seguimiento
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Se asiste a las diferentes reuniones planteadas en el mes presente, las cuales son pensadas para el fortalecimiento del trabajador a la hora de intervenir la comunidad y para mejora de su autoconocimiento	- Se firman planillas de asistencia a cada actividad de la reunión de forma virtual y presencial

© 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**	1066497718	-		
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	PROTECCIÓN	$ 1599254	$ 255881	**$ 255900**
Salud					COMPENSAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL				3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	05504884442119 21

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LAURA VALENTINA ROMAN AMADO	2024-10-17 22:46:12
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ERICA LICET OSPINA ORTIZ	2024-10-18 15:01:15
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-10-21 12:10:06

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.



ERICA LICET OSPINA ORTIZ
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-10-17, 07:52:25 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810635216

Fecha limite de pago: 2024-11-13

GUARDADA 17/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA VALENTINA ROMAN AMADO				
Documento	CC1001343239	**Dirección**	CL 2A #72 - 37 APARTAMENTOS		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3203653029		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1001343239	ROMAN AMADO LAURA VALENTINA	59	00																0	30	30	30	30	PROTECCION	¤ 1,599,255	¤ 255,900	COMPENSAR EPS	¤ 1,599,255	¤ 200,000	ARL SURA	¤ 1,599,255	¤ 39,000	COMPENSAR CCF	¤ 1,599,255	¤ 9,600	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 504,500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
¤ 1,599,255	¤ 1,599,255	¤ 1,599,255	¤ 1,599,255	¤ 255,900	¤ 0	¤ 0	¤ 200,000	¤ 39,000	¤ 9,600	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 504,500	¤ 0	¤ 504,500

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
7

Periodo cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888106352160000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8810635216(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!