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:	MICHAEL ANDRES GARCIA ARIAS		**Número de Documento:**	1030686492	
Correo Electrónico:	michaelg_51@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3192398337	
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5431-2024	**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
K29PI	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	$ 3998136	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	$ 1999068
2	JULIO	$ 3998136

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 3998136
4	SEPTIEMBRE	$ 3998136
5	OCTUBRE	$ 1999068

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996272	**$ 15992544**	**$ 15992544**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	- Para el mes de octubre se da cumplimiento a la meta establecida con un total de 31 sesiones en colegios priorizados. Se asiste a jornadas solicitadas por derechos de petición y se asiste a las reuniones y capacitaciones mensuales del entorno.	- Actas
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en actividad fisica de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	- Se realizan programaciones en las diferentes instituciones educativas brindando conocimiento sobre la importancia de realizar actividad física sensibilizando buenos hábitos en salud, se establecen diversas dinámicas de acuerdo al nivel de escolaridad favoreciendo el aprendizaje y la interpretación de conceptos básicos.	- Formatos o fichas de sesiones colectivas
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en actividad fisica. 4. orientar y canalizar a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	- Desarrollar buenas prácticas en los diferentes espacios educativos incentivando a los estudiantes sobre la importancia de realizar ejercicio físico, los beneficios en salud y las enfermedades que se pueden prevenir a nivel cardiovascular, musculoesquelético y mental. Se sensibiliza el consumo de agua como el componente nutricional principal en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, brindar el conocimiento sobre la calidad, el cuidado y mantenimiento del agua garantizando una hidratación sana y natural. Explicar la topografía y la ubicación de las estructuras del cuerpo humano con relación a cada temática abordada generando un aporte de conocimiento significativo en los escolares.	- Material o herramientas de apoyo
4	4. orientar y canalizar a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	- Realizar procesos de agendamiento de citas médicas con las diferentes poblaciones que requieran de un servicio de salud mediante la activación de rutas integrales de atención en salud.	- Instrumento o formatos de canalizaciones
5	5. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento de la secretaria distrital y/o institucional.	- Diligenciamiento de formatos teniendo en cuenta las sesiones programadas	- Formato digital del cronograma de actividades y formatos de asistencia
6	6. garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	- Hacer entrega de los soportes de forma semanal de la información transcrita de las temáticas abordadas con el fin de garantizar el cumplimiento de sesiones ejecutadas a lo largo de la semana.	- Fichas de sesiones colectivas y formatos de asistencia
7	7. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	- Se hace entrega oportuna de los documentos solicitados por la entidad.	- Formatos o actas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	- Realizar el reporte de información con periodicidad bimestral y trimestral haciendo énfasis en el análisis estadístico de forma cualitativa y cuantitativa con base a la descripción del reporte del producto, la población abordada, las sesiones ejecutadas, resultados obtenidos y actividades de apoyo administrativo (proceso de agendamiento) interpretando datos significativos que reflejan las actividades elaboradas a lo largo de cada mes.	- Formato o instructivo digital
9	9. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	- Entregar los documentos correspondientes dentro de los tiempos establecidos dando cumplimiento a las actividades del entorno.	- Formatos o actas
10	10. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	- Llevar a cabo preacuerdos con las líderes de apoyo frente a la proyección y ejecución de actividades, comunicación efectiva ante cualquier eventualidad que se pueda presentar durante el desarrollo de las actividades y la programación de las mismas.	- Herramientas o canales de comunicación
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Durante el mes se realizan reuniones con la profesional de apoyo de forma presencial, distribución de actividades para el mes de octubre y las jornadas solicitadas, entrega de soportes dentro de los tiempos establecidos, ajuste de cronograma y proyección de actividades con otras estrategias o entidades, reporte diario y semanal de sesiones realizadas entrega de informes; por otra parte, diligenciar datos para la factura de manera bisemanal.	- Formatos o actas

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**	80878490	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**11**				

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		FAMISANAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	29959373572

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MICHAEL ANDRES GARCIA ARIAS	2024-10-17 10:22:25
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	2024-10-17 15:23:59
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-10-18 10:49:05
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-14 12:31:27

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.



SANDRA PATRICIA AMADO REYES
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

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	1030686492	MICHAEL ANDRES GARCIA ARIAS	KR 77 Q BIS 51 A 69 SUR	4550464	michaelg_51@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	11/10/2024	80878490	$494.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	494.900

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	1030686492	MICHAEL ANDRES GARCIA ARIAS		KR 77 Q BIS 51 A 69 SUR	4550464	michaelg_51@hotmail.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	11/10/2024	80878490	$494.900	

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	1030686492	GARCIA ARIAS MICHAEL ANDRES	59	0			N																	230301	1.599.228	255.900	0	0	0	0	EPS017	1.599.228	200.000	14-11	1.599.228	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA JUNIO CONTRATO 5431-2024.pdf	CUENTA JUNIO CONTRATO 5431-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CONTRATO 5431-2024.pdf	CUENTA JULIO CONTRATO 5431-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CONTRATO 5431-2024.pdf	CUENTA AGOSTO CONTRATO 5431-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CONTRATO 5431-2024.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CONTRATO 5431-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >