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:	CLAUDIA MARGOTH GONZALEZ TELLEZ		**Número de Documento:**	52362251	
Correo Electrónico:	cmgt1028@gmail.com		**Número Telefónico:**	3114430486	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5620-2024	**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
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	0	28414	$2614088	93.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2614088**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA 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	$ 7842264	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	$ 5228176	2358

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	JUNIO	$ 5228176
2	JULIO	$ 5228176

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 5228176
4	SEPTIEMBRE	$ 5228176
5	OCTUBRE	$ 2614088

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10456352	**$ 23526792**	**$ 23526792**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Apoyar la planeación estratégica operativa del entorno, fortaleciendo la programación de actividades.	- Validación de acciones definidas para los equipos operativos del entorno cuidador institucional en el periodo	- tableros de control, Matrices poblacionales, bases de casos priorizados verificación en medio magnético Drive
2	2. desarrollar seguimiento en campo a los equipos, precrítica de formatos, incluyendo canalizaciones y notificaciones a VSP.	- Realizar seguimiento al plan de acción de las actividades a desarrollar mensualmente dispuestas para los equipos operativos y los perfiles asignados según producto, se valida calidad de datos registrados en documentos y oportunidad de implementaciones programadas en planes de cuidado institucional.	- Listas de chequeo y/o actas de seguimiento en campo y precriticas
3	3. Realizar informes, reporte de acciones, tableros de control y/o indicadores acordes a solicitud.	- Elaborar informes mensuales, bimestrales del entorno cuidador institucional según requerimientos, registrar información en tableros de control e reporte de indicadores según periodicidad.	- Elaborar informes mensuales, bimestrales del entorno cuidador institucional según requerimientos, registrar información en tableros de control e reporte de indicadores según periodicidad.
4	4. reporte de proyectos de inversión tablero de control, SEGPLAN acorde a competencia y responsabilidad.	- - Registro de datos en matriz de indicadores, tablero de control, proyectos de inversión, SEGPLAN entre otros según solicitud y periodo de ejecución por parte de los productos en instituciones protección y diferenciales, red de cuidado colectivo - RBC, IPPM, Ambiental y Gestión del entorno.	- SEGPLAN, Matriz Indicadores SDS, tablero de proyectos de inversión (Drive)
5	5. Hacer seguimiento a la respuesta de activación de rutas de salud generadas en el entorno	- SEGPLAN, Matriz Indicadores SDS, tablero de proyectos de inversión (Drive)	- Base de seguimiento y verificación de la respuesta a activaciones de ruta y SIRC
6	6. Realizar validación de bases de datos de las acciones desarrolladas en el entorno institucional con criterios de calidad y completitud.	- Verificación de datos consignados en bases para casos priorizados, seguimiento a canalizaciones, sesiones colectivas, tableros de control, indicadores, proyectos de inversión y poblacionales con calidad y completitud.	- Validación de datos, seguimientos en medio magnético (Drive)
7	7.Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	- Validación de datos, seguimientos en medio magnético (Drive)	- Entrega de soportes a proceso de gestión documental
8	8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Reunión mensual del equipo del entorno institucional, asistencias técnicas convocadas por el PIC y SDS, Direccionamiento técnico para equipos operativos, soportar procesos de auditoría y otras que sean asignadas por el entorno.	- Actas, listados de asistencias

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	$ 5228176
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	81001340	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**15**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA 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	$ 2091270	$ 334603	**$ 334700**
Salud		FAMISANAR		$ 261409	**$ 261500**
ARL	3	SURA		$ 50943	**$ 51000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 606928**	**$ 647200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4800308290

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA MARGOTH GONZALEZ TELLEZ	2024-10-17 19:20:44
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	2024-10-18 13:03:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-10-21 10:44:51
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 12:31:35

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.



GLORIA MARCELA GARZON RUIZ
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

© 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	52362251	CLAUDIA MARGOTH GONZALEZ TELLEZ	Calle 76 a Sur No 8A 21	3114430486	cmgt1028@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	15/10/2024	81001340	$649.200	

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	261.500	0		0		0	4	800	0	262.300	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	334.700	0	0	0	0	4	1.000	0	335.700	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	51.000				51.000	4	200	51.200			510	51.200	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	261.500	262.300
Pensión	1	334.700	335.700
Riesgos Laborales	1	51.000	51.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	647.200	649.200

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	52362251	CLAUDIA MARGOTH GONZALEZ TELLEZ		Calle 76 a Sur No 8A 21	3114430486	cmgt1028@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	15/10/2024	81001340	$649.200	

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	Estornudo	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	52362251	GONZALEZ TELLEZ CLAUDIA MARGOTH	57	0			N																	25-14	2.091.270	334.700	0	0	0	0	EPS017	2.091.270	261.500	14-11	2.091.270	3	51.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PSE Transacción Aprobada - CUS 980440325

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 14 de octubre de 2024, 21:45
Para: cmgt1028@gmail.com



¡Hola, CLAUDIA MARGOTH GONZALEZ TELLEZ !

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 980440325
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 649.200
Fecha de Transacción: 14/10/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▶Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

▶Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

▶Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial

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

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 DE COBRO JUNIO_CTO 5620_2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO JUNIO_CTO 5620_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO JULIO_CTO_5620_2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO JULIO_CTO_5620_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO_AGOSTO_CTO_5620_2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO_AGOSTO_CTO_5620_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5620_CTO_2024_JUNIO_2024.pdf	5620_CTO_2024_JUNIO_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5620_CTO_2024_JULIO_2024.pdf	5620_CTO_2024_JULIO_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5620_CTO_2024_AGOSTO_2024.pdf	5620_CTO_2024_AGOSTO_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5620_CTO_2024_SEPTIEMBRE_2024.pdf	5620_CTO_2024_SEPTIEMBRE_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >