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:	SHARON JULIETH NARANJO CICUAIMIA		**Número de Documento:**	1026303083	
Correo Electrónico:	naranjocicuamia@gmail.com		**Número Telefónico:**	3206388932	
Nombre del Supervisor:	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5815-2024	**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
5	OCTUBRE	$ 1999068

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996272	**$ 17991612**	**$ 17991612**	**$ 0**

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) de eventos de interés en salud publica en salud mental.	Se recibe 15 fichas de notificación en violencias por evento de interés en salud pública y se realizan las IEC efectivas de acuerdo a los casos asignados, se cierran casos de acuerdo a los lineamientos. 15 aperturas de IEC ejecutadas teniendo en cuenta programación, realización de IEC telefónica o presencial y dos seguimientos telefónicos del evento reportado a casos de a los lineamientos de la vigencia.	Envío de canalizaciones vía electrónica, IEC en magnético.
2	2. realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes.	Se realiza precrítica de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes pertinentes.	Información relevante acorde a la revisión.
3	3. 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 registra la información de la IEC con información de calidad, veracidad y oportunidad.	Formato de IEC en formato digital.
4	4. identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad, reportando a los entes competentes.	Se realiza 15 activaciones de rutas intersectoriales y remisiones a entidades, de acuerdo con cada uno de los casos proporcionados y las necesidades de las familias abordadas, para los 15 efectivos casos efectivas todos los casos cerrados durante el mes.	Formatos de canalización a SIRC y soporte del envío por correo electrónico, entregados en pdf de formato de IEC.
5	5. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	Se participa en acciones de socialización, sensibilización y capacitación programadas con el fin de mejorar la calidad y veracidad del dato.	Correos electrónicos, link de asistencias y actas de reuniones.
6	6. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	Se realiza cruce de información para la verificación de la información realizada en el IEC de cada variable, por medio de consulta de aplicativos de PAI, comprobados de derechos ADRES y solicitud de datos a las EAPB.	Soportes digítales vía correo electrónico.
7	7. realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable.	Se realiza cruce de información para la verificación de la información realizada en el IEC de cada variable, por medio de consulta de aplicativos de PAI, comprobados de derechos ADRES y solicitud de datos a las EAPB.	Verificación de bases.
8	8. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Se participa en acciones de socialización, sensibilización y capacitación programadas.	Actas de Reuniones.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado	Se realiza cruce de información para la verificación de la información realizada en el IEC de cada variable, por medio de consulta de aplicativos de PAI, comprobados de derechos ADRES y solicitud de datos a las EAPB. a este periodo de certificación, se realiza diligenciamiento y entrega de consentimientos.	Pantallazos de consulta según corresponde (PAI, comprobado de derechos ADRES y solicitud de datos a las EAPB.), se realiza diligenciamiento y entrega de consentimientos.
10	10. realizar asistencia técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui.	Esta actividad no corresponde a este período de certificación.	Esta actividad no corresponde a este período de certificación.
11	11. 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.	Esta actividad no corresponde a este período de certificación.	Esta actividad no corresponde a este período de certificación.
12	12. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	Se realiza la entrega de los productos acordes al documento operativo, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	IEC en magnético, consentimientos y soportes con calidad.
13	13. 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.	Esta actividad no corresponde a este período de certificación.	Esta actividad no corresponde a este período de certificación.
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se da cumplimiento a las demás tareas asignadas por el supervisor del contrato de acuerdo a la necesidad.	Actividades destacadas.

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**	80399375	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**10**				

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	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488419175093

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	2024-10-17 10:44:14
RECHAZADO SUPERVISOR	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	2024-10-17 21:44:25
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	2024-10-18 07:44:04
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ELIANA CATHERINE VARGAS DIAZ	2024-10-18 16:18:23
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-21 08:21:31
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 12:31:40

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
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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	1026303083	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	KR 5 ESTE 2A 09	3206388932	naranjocicuamia@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	10/10/2024	80399375	$526.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.000	0	0	32.000	1

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	1	32.000	32.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.900	526.900

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	1026303083	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	KR 5 ESTE 2A 09	3206388932	naranjocicuamia@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80399375	$526.900	

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	1026303083	NARANJO CICUAMIA SHARON JULIETH	59	0			N																	230201	1.599.255	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.255	200.000	14-11	1.599.255	3	39.000	CCF24	1.599.255	32.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

< 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 CTO5815-2024.pdf	CUENTA JUNIO 2024 CTO5815-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2024 CTO5815-2024.pdf	CUENTA JULIO 2024 CTO5815-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2024 CTO5815-2024 (2).pdf	CUENTA AGOSTO 2024 CTO5815-2024 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA OCTUBRE 2024 CTO5815-2024..pdf (Archivado)	CUENTA OCTUBRE 2024 CTO5815-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 CTO5815-2024..pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 CTO5815-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >