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:**	2024-10-19	**Hasta:**	2024-10-30	
Nombre del Contratista:	LILIANA RIOS ROA		**Número de Documento:**	52547986	
Correo Electrónico:	LILIANAAGORA@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3112139061	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7457-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 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	25071	$2306532	125%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2306532**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS TREINTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-10-19	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	OCTUBRE	$ 2306532	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6919596	**$ 6919596**	**$ 2306532**	**$ 4613064**

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Participar de reuniones de fortalecimiento técnico de capacidades realizado por el nivel central.	-Reunion de revisión de lineamientos. de forma virtual	-Acta -Listado de asistencia
2	2. Desarrollar Plan de acción integrado y formulado con seguimiento mensual	-Se organizan seguimientos de acuerdo al lineamiento especificado.	-Lineamiento -Actas -Listados de asistencia
3	3. Realizar de informes según requerimientos	-Entrega de informes según solicitud	-Informe -Cargue en el drive
4	4. Relizar Análisis y acciones para mejora en los indicadores de canalización	-Asistencia a reunione según indicación -Analisis de informacion de canalizaciones en informe especifico mensual.	-Informe -Listado -Acta comites
5	5. Desarrollar los nodos del plan estratégico y operativo	-Planeación y ejecución según lineamientos	-Actas -Listados de asistencias
6	6. Participar en reuniones a nivel local y Distrital	-Asistencia a reuniones según directriz Distrita	-Listados de asistencia -Actas
7	7. Reportar mensual en aplicativo SEGPLAN	-Cargue de indicadores según archivo plano emitido el 12 del mes presente	-Drive SDS -Archivo respectivo
8	8. Elaborar de Matriz de reporte del Plan Estratégico y Operativo CCNT	-En este mes no corresponde diligenciamiento, sin embargo planeación de reuniones lideres que lo diligencian.	-Matriz -Listados -Actas de articulación
9	9. Liderar Mesa de Condiciones Crónicas no transmisibles.	-Convocatoria -Planeación, presentación power point -Liderazgo mesa de crónicos	-Listado de asistencia -Acta -Presentación respectiva
10	10. Participar en mesas de canalizaciones de las intervenciones colectivas.	-Asistencia según lineamiento	-Acta -Listado de asistencia
11	11. Realizar acompañamiento técnica a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en las acciones colectivas para condiciones crónicas.	-Asistencias, seguimientos aplicación de instrumentos según revisión especifica.	-Listado de asistencia -Acta de asistencia o seguimiento y/o aplicación de instrumento según corresponda.
12	12. Assitir a Jornadas de intensificación de acciones colectiva en las condiciones crónicas no transmisibles.	-Planeación jornada, envió respectivo -Ejecución de la jornada -Informe consolidado.	- Documento de planeación. - Listado - Correo de envio de jornada.
13	13. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Organización de archivo -Entrega respectiva. - Custodia en drive	-Listados en físico -Archivo documental
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Asistencia, planeación, participación según solicitud de nivel central, o lider de proceso institucional.	- Listados, actas, correos

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO GNB SUDAMERIS COLOMBIA	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	90970040390

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LILIANA RIOS ROA	2024-10-28 12:21:19
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-28 18:32:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-29 07:27:03
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 12:32:18

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

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	52547986	LILIANA RIOS ROA	calle 63 b sur 36 05	7185986	lilianaagora@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	
2024-10	2024-10	I	18/10/2024	81061705	$571.000	

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	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	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	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	571.000

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	52547986	LILIANA RIOS ROA		calle 63 b sur 36 05	7185986	lilianaagora@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

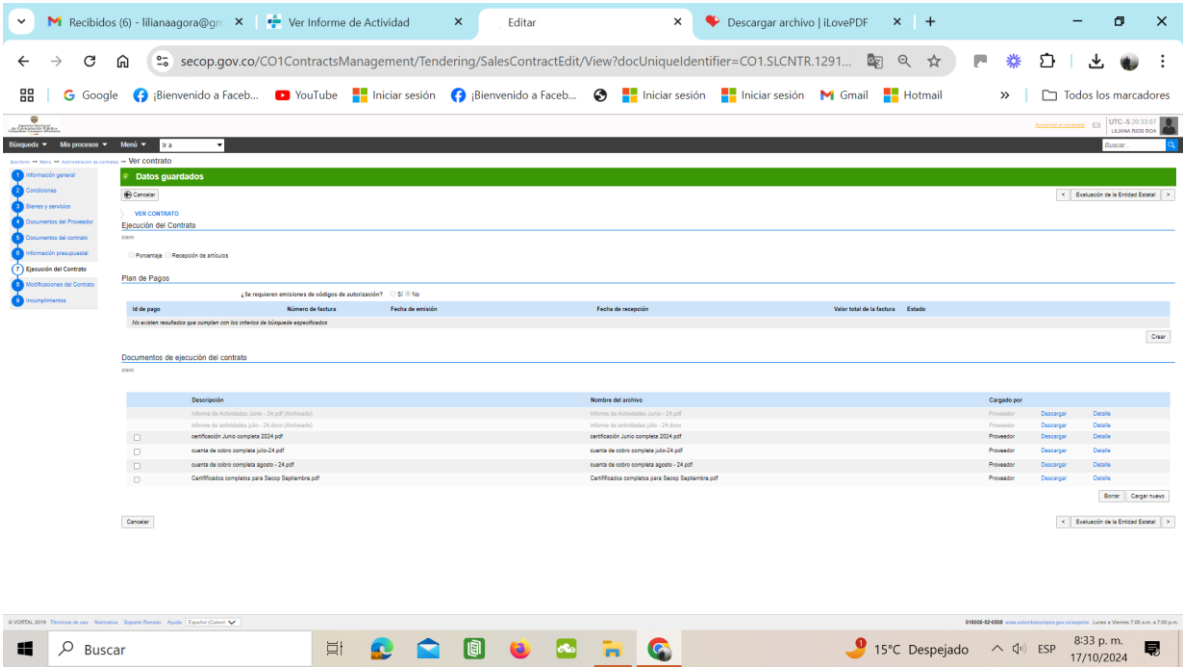
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	18/10/2024	81061705	$571.000	

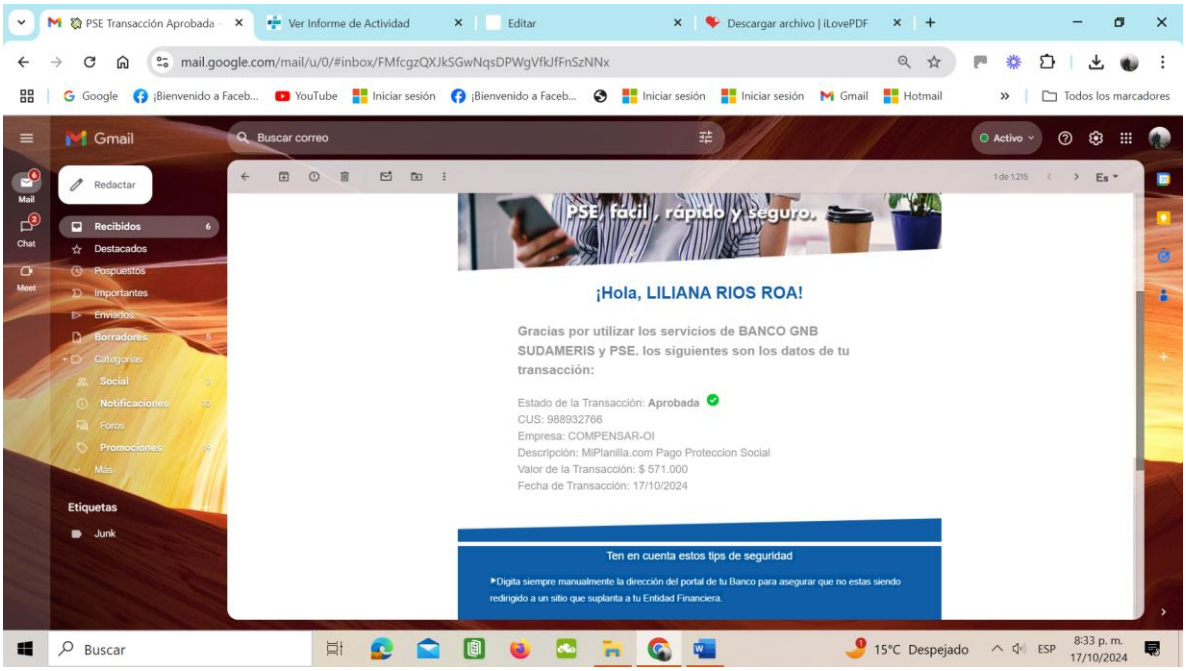
DETALLE POR COTIZANTE

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	52547986	RIOS ROA LILIANA	59	0			N																	230301	1.845.225	295.300	0	0	0	0	EPS008	1.845.225	230.700	14-11	1.845.225	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Recibidos (6) - lilianaagora@gr
Ver Informe de Actividad
Editar
Descargar archivo | iLovePDF
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.1291...
Google
¡Bienvenido a Faceb...
YouTube
Iniciar sesión
Gmail
Hotmail
Todos los marcadores
Ver contrato
Datos guardados
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Documentos de ejecución del contrato
Buscar
15°C Despejado
ESP
8:33 p. m.
17/10/2024


PSE Transacción Aprobada
Ver Informe de Actividad
Editar
Descargar archivo | iLovePDF
mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzQXJkSGwNqsDPWgVfkJfFnSzNNx
Gmail
Buscar correo
Redactar
Recibidos
Destacados
Pospuestos
Importantes
Enviados
Borradores
Categorías
Social
Notificaciones
Foros
Promociones
Más
Etiquetas
Junk
PSE, Fácil, rápido y Seguro.
¡Hola, LILIANA RIOS ROA!
Gracias por utilizar los servicios de BANCO GNB SUDAMERIS y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:
Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 988932766
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 571.000
Fecha de Transacción: 17/10/2024
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.
Buscar
15°C Despejado
ESP
8:33 p. m.
17/10/2024