

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.						
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-11-01	Hasta:	2024-11-30			
Nombre del Contratista:	KAREN JALIXA TORRES HERNANDEZ			Número de Documento:	1030671463		
Correo Electrónico:	karentorreshers@gmail.com			Número Telefónico:	3015441870		
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	-	242-25	
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	7504-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2537		
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC						
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	48	21729	\$5041128	126.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5041128	CINCO MILLONES CUARENTA Y UN MIL CIENTOVEINTIOCHOPESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-19		Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2024-11-30	
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición		CDP	
1	2024-11-01	2024-12-31	1	\$ 5041014		2815	
2	2024-11-01	2024-12-31	2	\$ 5041014		2815	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		OCTUBRE		\$ 1999068			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO		

\$ 5997204		\$ 16079232	\$ 1999068	\$ 14080164
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	-Se socializa los diferentes colegios de las localidades a trabajar para estructurar practicas escolares según los lineamientos de la SDS ejecutando para los mes sesiones de practicas escolares ejecutando 41 sesiones.	-Cronograma con profesional de apoyo, cronograma entorno educativo, tablero de control, formato de sesiones colectivas.	
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 características del desarrollo humano mediante la intervencion	-Se realiza ejecución de fichas técnicas encaminadas a desarrollar prácticas de autocuidado, alimentación saludable y práctica de actividad física.	-Se realiza ejecución de fichas técnicas encaminadas a desarrollar prácticas de autocuidado, alimentación saludable y práctica de actividad física.	
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en actividad fisica.	-Se desarrollan actividades motrices de promoción a ser ejecutadas según las necesidades y ciclos a los que pertenecen los escolares.	-Fichas técnicas, material didáctico	
4	4. orientar y canalizar a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	-Se realiza la visita a las distintas instituciones para presentación de la estrategia y así mismo establecer fechas y población a intervenir.	-Acta, ficha de caracterización, cronograma de actividades.	
5	5. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento de la secretaria distrital y/o institucional.	-Se realiza la planeación y ejecución de las actividades según las necesidades de las instituciones.	-Ficha técnica, cronograma de actividades.	
6	6. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Se diligencian formatos en las visitas a instituciones según la orientación del líder.	-Formato de sesiones colectivas, desarrollo de narrativas, cronograma de actividades grupales e individuales, tablero de control.	
7	7. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-Se Establecen fechas de entrega con el líder según los avances durante la semana teniendo en cuenta la precrítica realizada con anterioridad.	-Formato de sesiones colectivas y narrativas tablero de control	
8	8. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Se Establecen fechas de entrega con el líder por medio del cronograma establecido	-Cronograma de actividades y Drive.	
9	9. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-Presentación de informe trimestral dando respuesta a lo abordado	-Cronograma de actividades y correo electrónico.	
10	10. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	- Se realiza una revisión grupal para entrega de correcciones.	-Medios de comunicación whatsapp, correo electrónico	
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Asistencia y compromiso del grupo de profesionales a las actividades de inducciones por el líder de apoyo	-Cronograma de actividades	

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		\$ 1999068
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1067298384	-			
2024	OCTUBRE	2024	11	18					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHOPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 255900	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 162500	\$ 200000	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 39000	
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	Total	\$ 377286	\$ 494900	

INFORMACIÓN DE PAGO						
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4522421265

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN JALIXA TORRES HERNANDEZ	2024-11-28 19:40:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN JALIXA TORRES HERNANDEZ	2024-11-28 19:41:43
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-29 10:43:30
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN JALIXA TORRES HERNANDEZ	2024-11-29 15:42:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-29 15:48:53
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-29 21:16:25

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

Fecha creación reporte: 2024-11-18, 12:17:55 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1067298384

Periodo Cotización:

octubre de 2024

Periodo Servicio:

octubre de 2024

Referencia pago (PIN):

8810779308

PAGADO 18/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN JALIXA TORRES HERNANDEZ		
Documento	CC1030671463	Dirección	DG 57A #81 C - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3015441870
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TOP	TSP	OSP	CCR	VST	SLN	IGE	IMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días APS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1030671463	KAREN JALIXA TORRES HERNANDEZ	59	00																	0	0	30	30	30	(230201) PROTECCION	\$ 1.599.255	\$ 255.900	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.599.255	\$ 200.000	2.436	\$ 1.599.255	\$ 39.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.599.255	\$ 32.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 526.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.599.255	\$ 1.599.255	\$ 1.599.255	\$ 1.599.255	\$ 255.900	\$ 200.000	\$ 39.000	\$ 32.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 526.900	\$ 0	\$ 526.900

io → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- Información general
- Condiciones
- Productos y servicios
- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- Ejecución del Contrato
- Modificaciones del Contrato
- Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 DE COBRO JUNIO -CTO-5374-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO -CTO-5374-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO-CTO-5374-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO-CTO-5374-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO-CTO-5374-2024.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO-CTO-5374-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE-CTO-5374-2024.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE-CTO-5374-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO-5374-2024.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO-5374-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
				Borrar	Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >