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:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	CINDY YAMILE MORENO CASTEBLANCO		**Número de Documento:**	1054801002	
Correo Electrónico:	Cindyenfermera@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142828781	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7456-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
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
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

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	$ 3998136	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 3998136	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

© Siasur - 2024

$ 5997204	**$ 13993476**	**$ 1999068**	**$ 11994408**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-Realizar lectura y apropiación conceptual de lineamientos (documento operativo, fichas técnicas, lineamiento GESI, caja de herramientas) entregadas por la Secretaría Distrital de Salud.	-Acta de apropiación conceptual.
2	2. realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización, familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	-Se Desarrollaron intervenciones en los HCB priorizados conforme al direccionamiento estipulado en los lineamientos establecidos desde Secretaria Distrital de Salud. Teniendo en cuenta la pertinencia de la información y la elaboración de los productos requeridos desde el Entorno Institucional.	-Fichas de caracterización Formato de plan de cuidado Institucional Formato de sesiones colectivas
3	3. realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-Realizar activaciones de ruta con los menores que no tengan al día su control de crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación, aseguramiento o según necesidad.	-Formatos en medio magnético de activación de ruta.
4	4. realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y Validar adherencia al tratamiento	-Realizar verificación de las carpetas de los menores de cada uno de los HCB, control de crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación y cualquier otra eventualidad de salud.	-Formatos y base de menores diligenciados con los hallazgos identificados
5	5. proyectar y actualizar cronograma de actividades acorde a los productos establecidos	-Realizar proyección mensual de cronograma de actividades a ejecutar y actualización diaria con las especificaciones técnicas socializadas.	-Cronograma de actividades proyectado y actualizado diariamente
6	6. participar en reuniones, Realizar acompañamientos tecnicas convocadas por la subred y/o SDS	-Participación en reuniones y asistencias técnicas programadas y convocadas por la Subred Sur y Secretaria Distrital de Salud.	-Acta y listado de asistencia.
7	7. presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	-Se entregan carpetas de productos de acuerdo a las actividades desarrolladas en los HCB a profesional de apoyo Entorno Institucional.	-Formato de ficha de caracterización con soportes realizados.
8	8. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente.	-Alistamiento, adecuación, verificación y entrega de soportes para proceso de auditoria.	-Carpeta con soportes desarrollados.
9	9. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se entregan carpetas de productos de acuerdo a las actividades desarrolladas en los HCB a profesional de apoyo Entorno Institucional.	-Formato de ficha de caracterización con soportes realizados.
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Diligenciamiento de bases mensuales, informes solicitados para proceso de certificación.	-Base menores HCB Matriz de seguimiento diario Cronograma Informe mensual Base de consecutivos

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**	9475823387	-		
2024	**OCTUBRE**	**2024**	**11**	**13**				
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	**$ 257500**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 280500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 39300**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 377286**	**$ 577300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870411099

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CINDY YAMILE MORENO CASTEBLANCO	2024-11-24 11:03:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-24 12:08:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-25 17:17:45

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

© Siasur - 2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1054801002		MORENO CASTEBLANCO CINDY YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 80 G # 49 A 13 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2993530	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1046471251	9475823387	I	2024/11/05	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	8	$609,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$278,800			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$278,800			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$278,800			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC	1054801002	MORENO CINDY	230201	30	$1,600,000	$256,000	EPS008	30	$1,600,000	$200,000	CCF24	30	$1,600,000	$32,000	14-11	30	$1,600,000	$39,000	30	$0	$0
2	TI	1028885269	MORENO NICOLLE		0	$0	$0	EPS008	30	$0	$78,800		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total			**Afiliados(2)**			$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$278,800			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1054801002		MORENO CASTEBLANCO CINDY YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 80 G # 49 A 13 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2993530	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1046471251	9475823387	I	2024/11/05	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	8	$609,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$1,500	$0	$257,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$256,000	$1,500	$0	$257,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$300	$0	$39,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$300	$0	$39,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$200	$0	$32,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,000	$200	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$278,800	$1,700	$0	$280,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$278,800	$1,700	$0	$280,500
TOTAL				1	$605,800	$3,700	$0	$609,500

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1046471251

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9475823387

Fecha
13/11/2024

Número de aprobación
00471251

Dirección IP
191.156.228.80

Valor transacción
$ 609.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.156.234.235	CC	1054801002

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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

< Eva

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Identificación 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		
☐	7456_CTO_2024_OCTUBRE_2024.pdf	7456_CTO_2024_OCTUBRE_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Eliminar seleccionado | Subir nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >