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:	PAOLA ANDREA FONSECA BAQUERO		**Número de Documento:**	1023937698	
Correo Electrónico:	AGLAIA.ATHENEA@HOTMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3124835917	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7521-2024	**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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	92	21729	$5997204	150%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5997204**	**CINCO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUATROPESOS**					

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		NOVIEMBRE		$ 5997204	

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5997204	**$ 13993476**	**$ 5997204**	**$ 7996272**

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	REALIZAR 28 JORNADAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO EN LAS CUALES SE HARA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL,MEDIDAS ANTROPOMETRICAS,FRECUENCIA CARDIACA,SATURACIÓN DE OXIGENO Y GLUCOMETRIA CON EL FIN DE DETECTAR RIESGOS Y BRINDAR UNA CONSEJERIA INDIVIDUAL A LOS USUARIOS CONTRIBUYENDO A LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	FORMATO PARA REGISTRO " CUIDATE Y SE FELIZ"
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en salud sexual y reproductiva de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	REALIZAR ACTIVIDADES LUDICAS A LOS JOVENES Y ADULTOS QUE ASISTEN A LAS DIFERENTES ACADEMIAS DE CONDUCCIÓN,BELLEZA Y ESCUELAS DE FORMACIÓN.	REGISTRO FOTOGRAFICO.
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud sexual y reproductiva.	REALIZAR ACTIVIDADES LUDICAS A LOS JOVENES Y ADULTOS QUE ASISTEN A LAS DIFERENTES ACADEMIAS DE CONDUCCIÓN,BELLEZA Y ESCUELAS DE FORMACIÓN.	REGISTRO FOTOGRAFICO
4	4. realizar la identificacion, caracterizacion, seguimiento y activacion de rutas frente al estado de la gestante y/o lactante.	NO APLICA	NO APLICA
5	5. recibir la canalizacion de los casos identificados por los diferentes entornos para direccionarlos a los procesos del espacio educativo.	NO APLICA	NO APLICA
6	6. registrar la informacion de la gestion efectuada en el aplicativo sirc.	NO APLICA	NO APLICA
7	7. verificar y remitir al componente correspondiente los casos de esquema de vacunacion incompleto o sin vacuna (plan ampliado de inmunizacion -pai) en el entorno educativo.	INDAGAR A LOS USUARIOS SOBRE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN,PRINCIPALMENTE ADULTOS CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS Y MUJERES EN GESTACIÓN.	FORMATO DE CANALIZACIÓN Y CORREO ELECTRONICO.
8	8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	DILIGENCIAR LOS FORMATOS CON CALIDAD Y VERACIDAD.	FICHA PARA EL REGISTRO " CUIDATE Y SE FELIZ.
9	9. 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.	ENTREGAR LOS SOPORTES EN LAS FECHAS ACORDADAS CON EL APOYO ,ADEMAS DE DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN EN EL APLICATIVO DE CUIDATE Y SE FELIZ Y DRIVE DE MENORES.	APLICATIVO CUIDATE , SE FELIZ,DRIVE DE MENORES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud alimentaria	REALIZAR ACTIVIDADES LUDICAS A LOS JOVENES Y ADULTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE HACIENDO ENFASIS EN LA CLASIFICACIÓN NOVA.	REGISTRO FOTOGRAFICO Y FICHA PARA EL REGISTRO "CUIDATE , SE FELIZ "
11	11. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	ENTREGAR LOS INFORMES EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS POR EL APOYO CON CALIDAD.	FICHA PARA REGISTRO " CUIDATE,SE FELIZ",DRIVE DE MENORES
12	12. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	ENTREGAR LOS FORMATOS PARA EL REGISTRO "CUIDATE,SE FELIZ " DE ACUERDO A LAS FECHAS SOLICITADAS POR EL APOYO, ASI COMO EL DILIGENCIAMIENTO DEL APLICATIVO.	FORMATO PARA EL REGISTRO "CUIDATE,SE FELIZ, APLICATIVO Y ACTAS.
13	13. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	NO APLICA	NO APLICA
14	14. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	INFORMAR A LA PROFESIONAL DE APOYO O LIDER CUALQUIER EVENTO QUE INTERFIERA CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.	CORREO O MENSAJES.
15	15. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES CONCERTADAS CON EL SUPERVISOR DE CONTRATO.	FORMATOS O BASES ESTABLECIDAS PARA TAL FIN.

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	1068040382	-		
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		FAMISANAR		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488402350216

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAOLA ANDREA FONSECA BAQUERO	2024-11-28 22:45:46
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-29 11:36:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-29 18:53:11
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	2024-12-11 11:38:49

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-28, 10:22:50 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068040382

Periodo Cotización: octubre de 2024 Periodo Servicio: octubre de 2024 Referencia pago 8822622367

PAGADA 13/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAOLA ANDREA FONSECA BAQUERO		
Documento	CC1023937698	Dirección	KM 1 #0 - 0 VEREDA MARILANDIA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3124835917
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 Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	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 1023937698	PAOLA ANDREA FONSECA BAQUERO	59	0								X									0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1.300.000	$208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1.300.000	$162.500	2.436	$1.300.000	$31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$402.200

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)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$0	$208.000	$162.500	$31.700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$402.200	$0	$402.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

Datos guardados

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 OCTUBRE 2024-CTO-7521-2024.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024-CTO-7521-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >