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:	ANGELICA MARIA SANCHEZ SANTAMARIA		**Número de Documento:**	1097639559	
Correo Electrónico:	s.angelica96@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3058790915	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7536-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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	0	28414	$5228176	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5228176**	**CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-20		**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	$ 5228176	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 5228176	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 2614088
2	NOVIEMBRE	$ 5228176

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7842264	**$ 18298616**	**$ 7842264**	**$ 10456352**

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 GENERA ORGANIZACION PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS OBJETIVOS Y METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DEL CUIDADO DEL ENTORNO ESCOLAR EDUCATIVO	-ACTAS DE REUNION Y LISTADOS DE ASISTENCIA
2	2. realizar Realizar acompañamiento de reuniones presenciales o virtuales con los establecimientos educativos.	-SE REALIZA PARTICIPACION EN LAS REUNIONES REQUERIDAS PARA LA PLANEACION VERIFICACION Y DESARROLLO DE ACTIVDADES	-ACTAS DE REUNION Y LISTADOS DE ASISTENCIA
3	3. participar en reuniones presenciales desarrolladas con las direcciones locales o subdirecciones locales de integracion social	-SE REALIZA PARTICIPACION EN REUNIONES CONVOCADAS CON LAS DIRECCIONES LOCALES SEGUN CORRESPONDAN	-ACTAS DE REUNION Y LISTADOS DE ASISTENCIA
4	4. realizar revision del reporte semanal de actividades (drive).	-SE REALIZA REPORTE SEMANAL O AL DRIVE DE SECRETERIA DISTRITAL DE SALUD	-DRIVE SDS
5	5. participar en las reuniones (virtuales o presenciales de ser necesarias) convocadas por la sds.	-SE REALIZA PARTICIPACION DE ASISTENCIA TECNICA Y REUNIONES REQUERIDAS PARA LA PLANEACION VERIFICACION Y DEARROLLO DE ACTIVIDADES	-ACTAS DE REUNION Y LISTADOS DE ASISTENCIA
6	6. realizar articulacion con los entornos y procesos transversales	-SE REALIZA ARTICULACIONES MENSUALES CON LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANVERSALES SEGUN NECESIDAD	-ACTAS DE REUNION Y LISTADOS DE ASISTENCIA
7	7. consolidar el tablero de control por producto acorde a los asignados, que aporte al reporte SEGPLAN.	SE REALIZA CONSOLIDACION Y DILIGENCIAMIENTO DE INFORMACION DE TABLERO DE CONTROL DRIVE 1186 Y DILIGENCIAMENTO DE APLICATIVO SEGPLAN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS BAJO LOS PRODUCTOS DE LA ESTRATEGIA SINTONIZARTE	-TABLERO DE CONTROL DEL APLICATIVO SEGPLAN
8	8. consolidar y revisar soportes en el marco de proceso de pre auditoria, seguimiento y monitoreo a la implementacion de la estrategia en el entorno educativo	-SE REALIZA VERIFICACION Y PRECRITICA DEL DATO DE LAS FICHAS DE CAPTURA Y SOPORTES MAGNETICOS ENTREGADOS Y REALIZADOS POR OS DIFERENTES PERFILES ASIGNADOS A OS PRODUCTOS DE LAS ACTIVDADES DESARROLLADAS DURANTE EL MES	ACTAS DE REUNION, LISTADOS DE ASISTENCIA, TABLERO DE CONTROL EDUCATIVO, APLICATIVO WEB ENTORNO EDUCATIVO MATRIZ PRECRITICA, DRIVE MATRIZ HALLAZGOS DIGITACION
9	9. elaborar informe del entorno educativo de acuerdo a estructura definida por sds.	-CONSOLIDACION DE INFORMACION AVANCE DE ACCINES DESARROLLADAS EN LA SLOCALIDADES DE USME CIUDAD BOLIVAR Y TUNUELITO PARA LA CONTRUCCION DE INFORME BIMESTRAL Y FINAL DE LA ESTRATEGIA SNTONIZARTE	- INFORMES CONSOLIDADOS
10	10. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	- SE REALIZA PRECRITICA DE LA INFORMACION ORGANIZACION DE SOPORTES Y CUSTODIA RESPECTIVA ACORDE AL DESARROLLO DE LAS ACCIONES Y FICHAS DE CAPTURA EN CONTINUIDAD AL PROCESO	- ORGANIZACION DE SORPORTES ACORDE AL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL Y NECESIDAD DE PRODCUTOS ESPECIFICOS

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	REALIZAR SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES REALIZADAS, AL DILIGENCIAMIENTO DE LAS BASES DE DATOS Y FICHAS DE CAPTURA DE LA INFORMACION VERIFICACION Y AVANCE DEL PROCESO DE DIGITACION Y CONSOLIDACION DE INFORMACION REQUERIDA DESDE EL NIVEL CENTRAL DE SDS Y LOCAL. -PARTICIPACION MESA DE PLAN DE CUIDADO CONSOLIDACION Y DILIGENCIAMENTO DE INDICADORES APLICATIVO WEB EDUCATIVO	-ACTAS DE REUNION LISTADOS DE ASISTENCIA APLICATIVO WEB EDUCATIVO INDICADORES ARCHIVOS DRIVE O INFORMES REQUERIDO

© Siasur - 2024

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**	$ 2614088
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9476502473	-		
2024	**OCTUBRE**	**2024**	**11**	**13**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS**			

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 334700**
Salud		SURA		$ 162500	**$ 261500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 51000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 647200**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550004800483697

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGELICA MARIA SANCHEZ SANTAMARIA	2024-11-25 09:20:31
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-25 11:46:29
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-26 17:09:43
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 11:38:50

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

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 1097639559		SANCHEZ SANTAMARIA ANGELICA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 70BIS NUM 68F 10 APTO 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	1045783246	9476502473	I	2024/11/18	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$689,100

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 (1 Afiliados)					$2,091,270	$334,700			$2,091,270	$261,500			$2,091,270	$41,900			$2,091,270	$51,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,091,270	$334,700			$2,091,270	$261,500			$2,091,270	$41,900			$2,091,270	$51,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,091,270	$334,700			$2,091,270	$261,500			$2,091,270	$41,900			$2,091,270	$51,000		$0	$0
1	CC 1097639559	SANCHEZ ANGELICA	230301	30	$2,091,270	$334,700	EPS005	30	$2,091,270	$261,500	CCF24	30	$2,091,270	$41,900	14-11	30	$2,091,270	$51,000	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,091,270	$334,700			$2,091,270	$261,500			$2,091,270	$41,900			$2,091,270	$51,000		$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 1097639559		SANCHEZ SANTAMARIA ANGELICA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 70BIS NUM 68F 10 APTO 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	1045783246	9476502473	I	2024/11/18	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$689,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$334,700	$0	$0	$334,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$334,700	$0	$0	$334,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,000	$0	$0	$51,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$51,000	$0	$0	$51,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,900	$0	$0	$41,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$41,900	$0	$0	$41,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$261,500	$0	$0	$261,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$261,500	$0	$0	$261,500
TOTAL				**1**	**$689,100**	**$0**	**$0**	**$689,100**

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

Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
CUENTA DE COBRO OCTUBRE - CTO 7536-2024.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE - CTO 7536-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >