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:	ROCIO DEL PILAR MONGUI MANJARRES		**Número de Documento:**	52960570	
Correo Electrónico:	Pilarmongui23@gmail.com		**Número Telefónico:**	3114931062	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7464-2024	**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		2024-10-20		**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	$ 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
2	NOVIEMBRE	$ 3998136

© 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. Realizar caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado institucionales.	Se realizaron acciones para dar cumplimiento a la actividad 1 correspondiente el proceso de acercamiento, caracterización y valoración del riesgo individual y colectivo en la IPM La Ternura, ubicada en la localidad de Rafael Uribe Uribe. Continuando con la actividad 2 de la construcción, concertación y socialización del Plan de cuidado institucional de las IPPM caracterizadas Y se realizaron acciones correspondientes a la actividad 3 implementación del plan de cuidado de las instituciones de acuerdo a lo concertado con ellas. Lo anterior, con un total de 56 actividades durante el mes de noviembre.	Cartas de presentación Formato de caracterización y valoración del riesgo. Planes de cuidado institucional Plan de cuidado implementado Fichas técnicas metodológicas de cada sesión Formato de sesiones colectivas
2	2. Desarrollar asesorías a cuidadores, cuidadoras, acudientes de acuerdo al curso de vida según tipo de institución para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.	Durante este mes, no se realizaron sesiones de fortalecimiento con los cuidadores institucionales, ya que no se encontraban programadas en el plan de cuidado institucional.	NA
3	3. Identificar los riesgos en la población abordada para notificación de eventos de interés en salud pública y activación de rutas integrales de salud.	Se realizan canalizaciones para activación de rutas integrales de salud de las personas que se identifican con riesgos para la salud, durante la ejecución de las actividades. No se realizan en este periodo notificaciones al sistema de vigilancia en salud pública, al no identificar riesgos.	Formato de canalización Formato de activación de rutas diligenciado Correo de envío de las canalizaciones
4	4. Diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento de la Secretaria Distrital y/o institucional y elaboración de informes según competencia.	Se hace el diligenciamiento de todos los formatos de acuerdo a los lineamientos y se hace entrega de todos los soportes de ejecución de actividades del mes para revisión, pre auditoria, auditoria y digitación a GESI. Asimismo, se elaboran informes de gestión solicitados.	Cartas de presentación Formato de caracterización y valoración del riesgo. Planes de cuidado institucional Plan de cuidado implementado Fichas técnicas metodológicas de cada sesión Formato de sesiones colectivas Informe del periodo Correo electrónico de envío de informes
5	5. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	Se hace entrega de todos los formatos y soportes de ejecución de actividades del mes para revisión, pre auditoria, auditoria y digitación a GESI.	Formato de caracterización y valoración del riesgo. Planes de cuidado institucional Plan de cuidado implementado Listado de entrega de soportes
6	6. Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	Se hace entrega de soportes de actividades de manera oportuna e informes cumpliendo con los requerimientos técnicos para el mes de noviembre.	Soportes de actividades realizadas en este mes Acta y listado de asistencia de entrega de soportes de actividades Correo electrónico de envío de informe de gestión solicitado
7	7. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	Se presentan todos los soportes de las actividades desarrolladas durante este mes, en cada carpeta de conformidad con lo solicitado y se realiza entrega periódica para la digitación de los mismos.	Carpetas con documentos del mes Soporte de entrega de carpetas para digitación
8	8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se cumple con las demás actividades solicitadas por el supervisor del contrato en cumplimiento de los objetivos y necesidades del entorno.	Actas Listados de asistencia a reuniones y asistencias técnicas Envío de correos

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	9476808387	-		
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	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 255900**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4570201139

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ROCIO DEL PILAR MONGUI MAJARRES	2024-11-25 08:34:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-25 17:59:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-26 16:44:37
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 11:38:48

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 52960570		MONGUI MANJARRES ROCIO DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 11A # 79A - 28 TORRE 15 APTO 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4116268	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	1045637927	9476808387	I	2024/11/20	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$494,900

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)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$0	$0			$1,599,254	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$0	$0			$1,599,254	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$0	$0			$1,599,254	$39,000		$0	$0
1	CC 52960570	MONGUI ROCIO	230301	30	$1,599,254	$255,900	EPS008	30	$1,599,254	$200,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,599,254	$39,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$0	$0			$1,599,254	$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 52960570		MONGUI MANJARRES ROCIO DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 11A # 79A - 28 TORRE 15 APTO 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4116268	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	1045637927	9476808387	I	2024/11/20	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$494,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$0	$0	$255,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$255,900	$0	$0	$255,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$0	$0	$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				**1**	**$494,900**	**$0**	**$0**	**$494,900**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1045637927

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9476808387

Fecha
12/11/2024

Número de aprobación
00637927

Dirección IP
191.156.230.25

Valor transacción
$ 494.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.156.237.208	CC	52960570

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

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		
☐	7464_CTO_2024_OCTUBRE17_2024.pdf	7464_CTO_2024_OCTUBRE17_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >