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:	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ		**Número de Documento:**	39582363	
Correo Electrónico:	marcelaleal2207@gmail.com		**Número Telefónico:**	3165524751	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6902-2024	**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
K26PI	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		2024-10-19		**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	$ 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. Realizar Construcción conjunta y consensuada del plan de acción de GPAISP incluyendo la operación local de los programas de prevención y control de TB y Hansen	- se realiza seguimiento al plan de acción y envió a la SDS	-Plan de acción con seguimiento y correo del envió del seguimiento
2	2. Participar en Asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel Central.	-Se participa a las asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel Central.	-Acta y listado de asistencia
3	3. Dar Acompañamiento técnico a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	-Se realiza acompañamiento técnico a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	-Acta y listado de asistencia
4	4. Realizar Concertación y participación en sesiones de fortalecimiento de capacidades dirigida a personal de la salud de IPS públicas y privadas o equipos de atención en casa, con énfasis en la búsqueda e identificación de casos	-Se realiza concertación y participación en sesión de fortalecimiento de capacidades dirigida a personal de la salud de IPS públicas y privadas o equipos de atención en casa, con énfasis en la búsqueda e identificación de casos	-Acta y listado de asistencia
5	5. Hacer Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible, farmacorresistente y Hansen, con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	-Se realiza Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible, farmacorresistente y Hansen, con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	-Acta y listado de asistencia
6	6. Realizar Revisión, consolidación y envío de libro de pacientes de Tuberculosis de forma quincenal de la subred, en los formatos establecidos por el MSPS, así como ingreso de profilaxis en el drive dispuesto desde la Secretaría Distrital de Salud para tal fin	-Se realiza revisión, consolidación y envío de libro de pacientes de Tuberculosis de forma mensual de la subred, en los formatos establecidos por el MSPS, así como ingreso de profilaxis en el drive dispuesto desde la Secretaría Distrital de Salud para tal fin	-Libro de contactos actualizados y envió SDS
7	7. Realizar Revisión, consolidación y envío mensual de informes y formatos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la Secretaría Distrital de Salud	-Se realiza revisión, consolidación y envío mensual de informes y formatos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la Secretaría Distrital de Salud	-Libros del programa enviados a SDS y actualizados en el drive
8	8. Consolidar y envar de informe trimestral de casos y actividades de TB sensible - fármaco resistente y Hansen	-No se ejecuta para el presente mes.	-No se ejecuta
9	9. Verificar la calidad y veracidad de cada una de las variables del libro de contactos de TB de la subred	-Se verifica la calidad y veracidad de cada una de las variables del libro de contactos de TB de la subred	-Libro de contactos y acta con listado de asistencia
10	10. Realizar proceso de auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen	-Se realiza proceso de auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen	-Acta y listado de asistencia
11	11. Realizar proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen	-Se realiza proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen	-Acta y listado de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Reunión mensual del equipo GEPISP convocada por la Líder de GEPISP, -Gestión a los correos enviados por las referentes de SDS, -Revisión de Cierres a los casos TB y reunión virtual de cierres.	-Correos, listado de asistencia y actas

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	81376167	-		
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	**$ 334800**
Salud		NUEVA EPS		$ 162500	**$ 261500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 51000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 647300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	34148741869

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	2024-11-25 21:36:43
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-26 16:39:14
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-27 13:47:26
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 11:38:32

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81376167	$647.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	261.500	0		0		0	0	0	0	261.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	334.800	0	0	0	0	0	0		334.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	51.000				51.000	0	0	51.000			510	51.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	261.500	261.500
Pensión	1	334.800	334.800
Riesgos Laborales	1	51.000	51.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	647.300	647.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ		KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81376167	$647.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	39582363	LEAL GOMEZ ADRIANA MARCELA	59	0			N																	230301	2.092.000	334.800	0	0	0	0	EPS037	2.092.000	261.500	14-11	2.092.000	3	51.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 | < | Evalua

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 OCTUBRE CTO 5805 -2024.pdf (Archivado)	CUENTA OCTUBRE CTO 5805 -2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 6902 -2024.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 6902 -2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < | Evaluación de la Entidad Estatal | >

Comprobante

de pago en línea

COMPENSAR-OI

Pago realizado por: ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ

Nro. de recibo: 81376167

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente:

Concepto: CC

Razón Social: 39582363

Fecha y hora de la transacción: Martes 12 de Noviembre de 2024 09:46:27 PM

Nro. de comprobante: 0000016933

Valor pagado: $ 647,300.00

Producto: *******1869

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com