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:	YULEIDY CAROLINA BERNAL DIAZ		**Número de Documento:**	1023888474	
Correo Electrónico:	allisvalerysam1028@gmail.com		**Número Telefónico:**	3213681443	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6810-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	TECNICO 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13372	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

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	$ 2460448	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 2460448	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 1230224
2	NOVIEMBRE	$ 2460448

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3690672	**$ 8611568**	**$ 3690672**	**$ 4920896**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar digitación de visitas domiciliarias de personas con diagnóstico de tuberculosis, Hansen y TB farmacorresistente incluye libro de contactos	-SE REALIZA DIGITACION DE LOS FORMATOS DE VISITAS TB HANSEN Y FARMACORESISTENTES.	-BASES DE TB SENSIBLE - BASES VISITAS HANSEN -BASE FARMACORESISTENTES
2	2. Verificación de la calidad y veracidad de cada una de las variables del libro de contactos de TB de la subred y debe ser actualizado durante las visitas domiciliarias realizadas por el profesional universitario.	-SE REALIZA VERIFICACION DE CALIDAD DEL DATO EN LOS FORMATOS FISICOS ENTREGADOS POR LOS PROFESIONALES.	-LIBRO DE CONTACTOS BASE TB SENSIBLE Y FARMACORRESISTENTES - CONVIVIENTES DE HANSEN
3	3. Validación de la concordancia de la información en el aplicativo web de georreferenciaciones,	-SE REALIZAN VERIFICACIONES EN EL APLICATIVO	-AJUSTES A LAS GEOREFERENCIACIONES Y SEGUIMIENTOS TELEFONICOS TB Y HANSEN MEDIANTE APLICATIVO WEB
4	4. Digitar las canalizaciones de casos a través del módulo SIRC, en el formato establecido por la Secretaría de Salud.	-RECEPCION Y VALIDACION DE CANALIZACIONES ENTREGADAS POR PROFESIONALES DEL PROGRAMA TB A NIVEL LOCAL	-APLICATIVO SIRC DRIVE
5	5. Apoyo al cruce de bases de datos y todo lo que se requiera para el sistema de información de los programas de Tuberculosis y Lepra	-AJUSTES SOLICITADOS EN BASES DE INFORMACION	-CORREO - BASES
6	6. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes dadas por secretaría de salud vía correo electrónico, en las fechas pactadas.	-SE DA RESPUESTA A SOLICITUDES DE SDS	-CORREO
7	7. Mantener actualizado el directorio de IPS del programa de Tuberculosis a nivel local.	-ACTUALIZACION DE INFORMACION DE DIRECTORIOS IPS A NIVEL LOCAL	-DIRECTORIO
8	8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-ASISTENCIA A LAS DIFERENTES CONVOCATORIAS POR PARTE DEL COMPONENTE-REUNIONES	-ACTAS LISTADOS DE ASISTENCIA

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	$ 1230224
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	81546387	-		
2024	OCTUBRE	2024	11	18				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS VEINTICUATROPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		SÁNITAS		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	135255339

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YULEIDY CAROLINA BERNAL DIAZ	2024-11-25 19:46:08
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-26 16:55:50
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-27 12:16:12
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 11:38:30

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

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

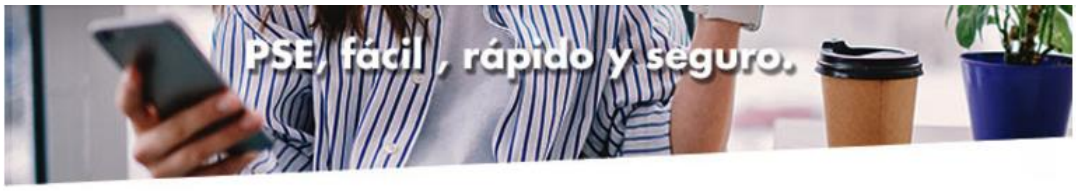
El aportante **YULEIDY CAROLINA BERNAL DIAZ**, identificado con **CC** número **1023888474**, aportó por **YULEIDY CAROLINA BERNAL DIAZ**, identificado(a) con **CC** número **1023888474** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **57 - Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-10** y salud **2024-10** de la siguiente manera:

CODIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
14-11	ARL SURA															0		30	$1.300.000	$31.700	$0	$0	Octubre - 2024	81546387	18/11/2024	N
230301	Porvenir															0		30	$1.300.000	$208.000	$0	$0	Octubre - 2024	81546387	18/11/2024	N
EPS005	Sanitas EPS															0		30	$1.300.000	$162.500	$0	$0	Octubre - 2024	81546387	18/11/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 18 días del mes Noviembre de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



¡Hola, CAROLINA BERNAL!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1058672497
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 402.200
Fecha de Transacción: 18/11/2024

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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

< 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 6810-2024.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024 CTO 6810-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >