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:	JENNIFER MARITZA CAMPOS ACUÑA		**Número de Documento:**	1022948116	
Correo Electrónico:	jecam2005@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3123216186	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	**Código - Grado:**	237-15

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7303-2024	**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
K28PI	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		2024-10-19		**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	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 asesorias a familias y acudientes de niños, niñas y adolescentes para la promocion de la salud y la prevencion de enfermedades	- Esta actividad no se realizó en el período a certificar.	- Esta actividad no se realizó en el período a certificar.
2	2. realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud en las poblaciones priorizadas	- Se realizaron 20 asesorías orientadas al cuidado de la salud.	- Se realizó 20 asesorías orientadas al cuidado de la salud formato 1 A.
3	3. identificar las condiciones de salud en la población y orientar en la prevencion de enfermedades.	- 20 caracterizaciones	- Formato de caracterización, tamizajes findrisc, OMS y EPOC.
4	4. realizar seguimiento en la efectividad de las canalizaciones y activacion de ruta a los riesgos identificados en las acciones desarrolladas.	- Elaboración de canalizaciones.	- Formato de canalización y caracterización.
5	5. desarrollar actividades colectivas para fomentar los derechos en salud.	-Se realizaron 7 colectivos orientados al cuidado de la salud.	- Formato 1 A fichas técnicas. - Formato 1 A fichas técnicas.
6	6. aplicar pruebas rapidas de vih y sifilis a poblacion priorizada	- Esta actividad no se realizó en el período a certificar.	- Esta actividad no se realizó en el período a certificar.
7	7. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o instrumentos	- Elaboración de informes.	- Envío de informes a SDS.
8	8. realizar aplicacion de tamizajes para la identificacion oportuna de enfermedades de acuerdo con los factores de riesgo identificados	-Aplicación tamizajes Aplicación tamizajes findrisc, EPOC y OMS.	- Aplicación tamizajes findrisc, EPOC y OMS.
9	9. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	- Esta actividad no se realizó en el período a certificar.	- Esta actividad no se realizó en el período a certificar.
10	10. Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil.	- Esta actividad no se realizó en el período a certificar.	- Esta actividad no se realizó en el período a certificar.
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Asistencia a reunión de equipo y Secretaría de Salud.	- Actas y 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	$ 0
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1068024037	-		
2024	**NOVIEMBRE**	**2024**	**11**	**13**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CEROPESOS

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	**$ 255900**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 39000**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 377286**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870372150

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNIFER MARITZA CAMPOS ACUÑA	2024-11-24 08:49:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YANETH ESCOBAR	2024-11-25 14:36:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-25 16:33:21
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 11:38:45

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.

© Siasur - 2024



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15

© Siasur - 2024

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? ○ Si ◉ No

Identificación 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 19 AL 31 DE OCTUBRE CTO 7303.pdf	CUENTA DE COBRO 19 AL 31 DE OCTUBRE CTO 7303.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-24, 07:05:58 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067254111

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-10-10 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNIFER MARITZA CAMPOS ACUNA				
Documento	CC 1022948116	**Dirección**	CL 133A SUR #14 G - 59 ESTE OASIS		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123216186		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022948116		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CAMPOS ACUÑA JENNIFER MARITZA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	30			$ 1.599.255	25-14		16 %	$ 1.599.255	$ 255.900	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.599.255	$ 200.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.599.255	$ 39.000	CCF24	2 %	$ 1.599.255	$ 32.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 255.900	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 39.000	$ 32.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 526.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-24, 07:07:00 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1068024037

Periodo Cotización 202411 **Periodo Servicio** 202411

Cliente:

PAGADA 2024-11-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNIFER MARITZA CAMPOS ACUNA				
Documento	CC 1022948116	**Dirección**	CL 133A SUR #14 G - 59 ESTE OASIS		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123216186		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022948116		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente	N	CAMPOS ACUÑA JENNIFER MARITZA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.599.255	25-14		16 %	$ 1.599.255	$ 255.900	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.599.255	$ 200.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.599.255	$ 39.000	CCF24	2 %	$ 1.599.255	$ 32.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 255.900	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 39.000	$ 32.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 526.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!