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:	OLGA LUCIA DIAZ MORA		**Número de Documento:**	52291927	
Correo Electrónico:	oldiazm@gmail.com		**Número Telefónico:**	3057708783	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7030-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	TECNOLOGO 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
K31PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	14207	$2614088	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2614088**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS**					

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	$ 2614088	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 2614088	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 1307044
2	NOVIEMBRE	$ 2614088

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3921132	**$ 9149308**	**$ 3921132**	**$ 5228176**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Desarrollar acciones integrales o según el perfil de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo, situación o exposición al riesgo; desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas (pic).	-Se realiza entrega oportuna de 60 formatos de encuestas de la linea aire ruido y rem, correspondiente al mes de noviembre.	- 60 formatos de encuestas de linea aire ruido y rem.
2	2. Asistir a reuniones de seguimiento de las acciones realizadas con los referentes de secretaria distrital de salud (sds) e instituciones externas de acuerdo al plan de acción establecido, caracterizar las condiciones sociodemográficas, hábitos y factores de riesgo en los niños escolares residentes en localidades priorizadas en la ciudad de Bogotá d.c.,	-Se realiza entrega oportuna de 60 formatos de encuestas de la linea aire ruido y rem, correspondiente al mes de noviembre.	- 60 formatos de encuestas de linea aire ruido y rem.
3	3. Atender y dar respuesta oportuna a quejas individuales y colectivas de la línea de aire, ruido y radiación electromagnética (rem), canalizar a población encuestada a institución prestadora de servicios de salud (ips), con seguimiento o canalización de información a entidades competentes para realizar intervenciones que inciden en la calidad del aire, ruido o radiación electromagnética.	-Se da atención a 2 quejas de ruido en la localidad de ciudad bolívar.	- Formatos de queja ruido de la linea de aire.
4	4, Aplicar encuestas de caracterización de posibles factores de riesgo de enfermedades respiratorias por exposición a contaminación del aire; aplicación de encuesta sobre efectos auditivos y/o extra auditivos asociados a ruido por inmisión; aplicación de encuesta sobre síntomas de salud no específicos y factores de riesgo asociados a la exposición de radiaciones electromagnéticas, debiendo diligenciar el formato de consentimiento informado.	--Se realiza entrega oportuna de 60 encuestas de la linea Aire, Ruido, Rem.	- 30 formatos de encuestas de la linea Aire, Ruido, Rem.
5	5, Realizar el seguimiento a la población que cumpla con los criterios de selección para el proceso de diario de síntomas.	-No aplico para el mes certificado	-No aplico para el mes certificado
6	6. Digitar información de la vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria de las temáticas de la línea aire, ruido y radiación electromagnética en los aplicativos correspondientes (aplicativo siarr) según lineamientos emitidos por sds.	-No aplico para el mes certificado	-No aplico para el mes certificado

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. realizar y apoyar visitas de inspección, vigilancia y control, toma y envío de muestras (si fuera necesario), operativos, vacunación canina y felina en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado perfil de técnico y/o tecnólogo en saneamiento ambiental o perfiles afines conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud, brindando asesoría técnica a la comunidad en normatividad sanitaria vigente, garantizando el cumplimiento total de las metas asignadas y de acuerdo al porcentaje de entrega semanal solicitado por la coordinación de vigilancia de la salud ambiental.	-No aplico para el mes certificado	-No aplico para el mes certificado
8	8. presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades.	-No aplico para el mes certificado	-No aplico para el mes certificado
9	9.cumplir con los respectivos cronogramas de las visitas y acciones de los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y ambiental y otros.	-Se realiza retroalimentación de cronograma correspondiente al mes de noviembre.	- En medio magnético.
10	10.dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas y recepcionadas al componente de vigilancia en salud ambiental entregándolas al líder operativo de las líneas de intervención donde sea asignado(a).	-No aplico para el mes certificado.	-No aplico para el mes certificado.
11	11. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la sds, recomendaciones del coordinador de vigilancia en salud ambiental, y por el líder operativo.	-No aplico para el mes certificado.	-No aplico para el mes certificado.
12	12.cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	-No aplico para el mes certificado.	-No aplico para el mes certificado.
13	13. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se realiza entrega oportuna de actividades correspondiente al mes de noviembre.	-Formatos de encuestas de Aire, Ruido, Rem y formatos de atención a quejas.
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se realiza entrega oportuna de actividades correspondiente al mes de noviembre.	-Formatos de encuestas de Aire, Ruido, Rem y formatos de atención a quejas.

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	$ 1307044
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1068053277	-		
2024	OCTUBRE	2024	11	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON TRESCIENTOS SIETE MIL CUARENTA Y CUATROPESOS			

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

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550462800000418

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	OLGA LUCIA DIAZ MORA	2024-11-24 11:09:00
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-24 20:38:12
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	OLGA LUCIA DIAZ MORA	2024-11-25 19:47:48
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-25 20:27:56
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-26 15:40:54
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 11:38:36

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
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024

© Siasur - 2024

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-24, 10:09:24 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1068053277

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-11-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OLGA LUCIA DIAZ MORA				
Documento	CC 52291927	**Dirección**	CL 82 SUR #6 A - 04		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3057708783		
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 52291927		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					DIAZ MORA OLGA LUCIA	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	0			$ 1.300.000	231001		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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!

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		
☐	CUENTA OCTUBRE CTO7030_2024.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO7030_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >