

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2024-12-01	<b>Hasta:</b>	2024-12-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	MARIA FERNANDA FERNANDEZ AGUIRRE		<b>Número de Documento:</b>	1000987008
<b>Correo Electrónico:</b>	mafeaguirre06@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3118262279
<b>Nombre del Supervisor:</b>	ESTEBAN TAPIERO SILVA	<b>Cargo:</b>	TECNICO AREA SALUD CODIGO 323 GRADO 13	<b>Código Grado:</b> - 313-23

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	7062-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	2537
<b>Perfil:</b>	TECNOLOGO PIC				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	SALUD PÚBLICA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K31PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	14207	\$2614088	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2614088</b>	<b>DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-10-20			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-11-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-11-01	2024-12-31	1	\$ 2614088	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	\$ 2614088	2815
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	OCTUBRE			\$ 1307044	
2	NOVIEMBRE			\$ 2344155	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 3921132		\$ 9149308	\$ 3651199	\$ 5498109
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. 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 Secretaría 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.	-Se realiza vacunación antirrábica, canina y felina en la localidad de Usme y tunjuelito	-Entrega de 46 planillas, con animales vacunados contra la rabia de Usme y tunjuelito	
2	2. 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 se asignaron informes de línea para el mes a certificar.	--No se asignaron informes de línea para el mes a certificar.	
3	3. 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.	--Realizar cronograma mensual y semanal de las actividades que se espera desarrollar durante el mes de y lo que se Diciembre espera desarrollar durante el mes de Enero	-Retroalimentación en el cronograma de las actividades ejecutadas durante el mes de Diciembre, según la zona designada. - Realización del cronograma para el mes de Enero	
4	4. 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).	-Esta actividad no fue asignada para el mes a certificar	-Esta actividad no fue asignada para el mes a certificar	
5	5. 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 se tiene plan de mejora para el mes de Diciembre	-No aplica	
6	6. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	--Esta actividad no fue asignada para el mes a certificar	--Esta actividad no fue asignada para el mes a certificar	
7	7. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Entrega oportuna de planillas de vacunación antirrábica realizada en Usme	-Entrega oportuna de planillas de vacunación antirrábica realizada en Usme	

	<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
8	8 Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Asistencia a reuniones convocadas de línea	-Listado de asistencia a reunión.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior	\$ 2344155	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11	9477503966	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CIENTOCINCUENTA Y CINCO PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 937662	\$ 150026	\$ 209000
Salud						ALIANSALUD		\$ 117208	\$ 163300
ARL					3	SURA		\$ 22841	\$ 31900
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	\$ 272129	\$ 404200

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488446966969

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA FERNANDA FERNANDEZ AGUIRRE	2024-12-12 18:11:17
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA FERNANDA FERNANDEZ AGUIRRE	2024-12-12 18:12:48
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ESTEBAN SILVA TAPIERO	2024-12-17 09:58:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-17 12:57:22

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.



**ESTEBAN SILVA TAPIERO**  
**TECNICO AREA SALUD CODIGO 323 GRADO 13**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000987008		FERNANDEZ AGUIRRE MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 71 C sur 14 G - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1116768245	9477503966	I	2024/12/04	2024/12/11	BANCO DAVIVIENDA	7	\$404,200

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
1	CC 1000987008	FERNANDEZ MARIA	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS008	30	\$1,300,000	\$162,500	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000987008		FERNANDEZ AGUIRRE MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 71 C sur 14 G - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1116768245	9477503966	I	2024/12/04	2024/12/11	BANCO DAVIVIENDA	7	\$404,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$1,000	\$0	\$209,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$1,000	\$0	\$209,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$800	\$0	\$163,300	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$162,500	\$800	\$0	\$163,300	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$402,200</b>	<b>\$2,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$404,200</b>	



Buscar...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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		
<input type="checkbox"/>	Cuenta de cobro octubre- contrato 7062-2024.pdf	Cuenta de cobro octubre- contrato 7062-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Cuenta de cobro noviembre- contrato 7062-2024.pdf	Cuenta de cobro noviembre- contrato 7062-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

