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:**	2024-12-01	**Hasta:**	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	CAROLINA MOYA SANDOVAL		**Número de Documento:**	52809160	
Correo Electrónico:	CMOYA6644@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3218019146	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7490-2024	**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
K29PI	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 - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	DICIEMBRE	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5997204	**$ 13993476**	**$ 9995340**	**$ 3998136**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	-Realizar 6 sesiones de Iniciativas de Cuidado y Bienestar	-Diligenciamiento de formato de Sesiones Colectivas,y Actas
2	2. realizar la clasificacion, identificacion de riesgos y sensibilizacion de los cursos priorizados para la intervencion.	-Esta actividad No Aplica para estas sesiones	-Esta actividad No Aplica para estas sesiones
3	3. hacer seguimientos telefonico a los escolares y sus familias en salud oral.	--Esta actividad No Aplica para estas sesiones	--Esta actividad No Aplica para estas sesiones
4	4. diligenciar bases de datos de seguimiento a la poblacion escolar en salud oral intervenida.	--Esta actividad No Aplica para estas sesiones	--Esta actividad No Aplica para estas sesiones
5	5. canalizar y redireccionar la poblacion con riesgo en salud oral.	-Realizar activaciones de ruta de acuerdo a las necesidades de la población identificada.	--Activaciones de Ruta.
6	6. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	--Registrar la información recolectada en los respectivos formatos con calidad.	-Diligenciamiento de formato de Sesiones Colectivas,y Actas
7	7. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	--Protección y cuidado de documentos físicos y magnéticos de las actividades desarrolladas.	-Diligenciamiento de formato de Sesiones Colectivas,y Actas
8	8. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-- Entregar de manera oportuna informes de las actividades realizadas según indicaciones técnicas.	-Actas, Formato de Sesiones Colectivas ,cronograma y tablero de control.
9	9. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-- Entregar de manera oportuna informes de las actividades realizadas según indicaciones técnicas.	-Actas, Formato de Sesiones Colectivas ,cronograma y tablero de control.
10	10. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-- Entregar de manera oportuna informes de las actividades realizadas según indicaciones técnicas.	-Actas, Formato de Sesiones Colectivas ,cronograma y tablero de control.
11	11. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	--Notificar cualquier eventualidad que pueda intervenir en el desarrollo del proceso	--Actas, listados de sesiones colectivas
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Asistencia a reuniones programadas de manera virtual o presencial.	--Listado de Asistencia a reuniones

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9477951939	-		$ 3998136
2025	NOVIEMBRE	2024	12	10				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1599254	$ 255881	**$ 257300**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 201000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 497500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	6970454317

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAROLINA MOYA SANDOVAL	2024-12-11 19:37:10
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAROLINA MOYA SANDOVAL	2024-12-11 19:37:50
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-12-12 15:55:52
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-13 09:23:33
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-01-17 15:39:50

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 - 2025

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-CTO 7490-2024.pdf.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO 7490-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO 7490-2024.pdf (2).pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO 7490-2024.pdf (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE-CTO 7490-2024.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE-CTO 7490-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52809160		MOYA SANDOVAL CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 55 160-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5331322	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	1114466191	9477951939	I	2024/12/13	2024/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$529,700

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
1	CC	52809160	MOYA SANDOVAL CAROLINA	231001	30	$1,608,000	$257,300	EPS008	30	$1,608,000	$201,000	CCF24	30	$1,608,000	$32,200	14-11	30	$1,608,000	$39,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,608,000**	**$257,300**			**$1,608,000**	**$201,000**			**$1,608,000**	**$32,200**			**$1,608,000**	**$39,200**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,300	$0	$0	$257,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$257,300	$0	$0	$257,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,200	$0	$0	$39,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,200	$0	$0	$39,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,200	$0	$0	$32,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,200	$0	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$201,000	$0	$0	$201,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$201,000	$0	$0	$201,000
TOTAL				1	$529,700	$0	$0	$529,700

2024/12/11 06:29 PM