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:	MARTHA LILIANA VASQUEZ ANZOLA		**Número de Documento:**	1073692811	
Correo Electrónico:	marly.vas91@gmail.com		**Número Telefónico:**	3124161403	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	**Código - Grado:**	237-15

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7295-2024	**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
K28PI	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		2024-10-19		**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	$ 3182368	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 3182368	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 1307044
2	NOVIEMBRE	$ 3182368

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	DICIEMBRE	$ 2614088

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3921132	**$ 10285868**	**$ 7103500**	**$ 3182368**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar la identificacion y caracterizacion del perfil de riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en unidades de trabajo informal	-Se realiza caracterizacion de 13 niños y niñas en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato de caracterizacion NNA
2	2. identificar el riesgo de las condiciones de salud y su entorno y concertacion del plan en unidades de trabajo informal de alto, mediano impacto y bajo impacto.	Se realizan 18 caracterizaciones de unidades de trabajo (UTI) de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar	Formato de caracterizacion de UTIS
3	3. realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud de las personas que desarrollan actividades en la unidades de trabajo informal (utis) de mediano impacto.	-Se realizan 27 seguimientos a UTI de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar Se realizan 27 monitoreos a UTI de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato UTI
4	4. implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto.	-Se realizan 54 acompañamientos a UTI de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formatos utis con educacion relacionada
5	5. realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal.	-Se realizan 4 seguimientos a UTI de mediano impacto estrategia 2020 en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato de caracterizacion de UTIS
6	6. participar en Realizar acompañamientos tecnicas y fortalecimiento de capacidades del entorno	-Asistencia a reuniones de acuerdo a solicitud del referente	-Listados de asistencia
7	7.organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental	-Se realiza cronograma de actividades	-Cronograma magnetico
8	8.Caracterización, identificación y recorridos en Establecimientos relacionados con consumo de alcohol	-No se realizó la actividad para el mes reportado	-N/A
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Según necesidad del referente	-N/A

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	$ 3182368
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9477475482	-		
2025	**NOVIEMBRE**	**2024**	**12**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES CIENTOOCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHOPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 209200**
Salud		SALUD TOTAL		$ 177938	**$ 163400**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 31900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 404500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	2300254253

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARTHA LILLIANA VASQUEZ ANZOLA	2024-12-11 18:43:52
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARTHA LILLIANA VASQUEZ ANZOLA	2024-12-11 19:13:14
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YANETH ESCOBAR	2024-12-12 23:54:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-13 10:14:31
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 15:39:56

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.



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15

© Siasur - 2025

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 1073692811		VASQUEZ ANZOLA MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 8A #22-37	SOACHA-CUNDINAMARCA	1111111	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	1119448329	9477475482	I	2024/12/04	2024/12/12	BANCO DAVIVIENDA	8	$430,700

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1073692811	VASQUEZ MARTHA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0

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 1073692811		VASQUEZ ANZOLA MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 8A #22-37	SOACHA-CUNDINAMARCA	1111111	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	1119448329	9477475482	I	2024/12/04	2024/12/12	BANCO DAVIVIENDA	8	$430,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$200	$0	$26,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$200	$0	$26,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$900	$0	$163,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$900	$0	$163,400
TOTAL				1	$428,200	$2,500	$0	$430,700

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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA OCTUBRE 7295-2024.pdf	CUENTA OCTUBRE 7295-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 7295-2024.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 7295-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >