| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-12-10 | **Hasta:** | 2024-12-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | PATRICIA FRANCO MONICA | | **Número de Documento:** | 52290003 | |
| **Correo Electrónico:** | MPFRANCO.ACOLECTIVA.HCO@GMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3138031045 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 8415-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 2882 |
| **Perfil:** | TECNICO 1-EBE | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V07UI502 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | 129 | 0 | 13372 | $1724988 | 100.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1724988** | **UN MILLON SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2024-12-10 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-01-15 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | DICIEMBRE | $ 1724988 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 1804329** | **$ 1804329** | **$ 1724988** | **$ 79341** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS | -Apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se arreglan para cada convenio por parte de SDS | -Actas de apropiación conceptuales |
| 2 | Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio. | -Caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidos en el lineamiento operativo. | -Formatos de caracterización y tamizajes establecidos con calidad y veracidad. |
| 3 | Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo | -Gestionar riesgos identificados en las familias caracterizadas a partir de derivaciones en activaciones de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento | -Formatos de activaciones de ruta y notificación de eventos de interés en salud pública. Enlace de solicitud de citas |
| 4 | Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado. | --No aplica | --No aplica |
| 5 | Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos | -No aplica | -No aplica |
| 6 | Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento | -Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejora a que haya lugar de acuerdo a las recomendaciones, obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente, el líder y apoyos en precrítica y acompañamiento. . | -plan de mejora, actas de precrítica, seguimientos en campo |
| 7 | Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento | -Participación en la preparación de los productos asignados. Asistencia a capacitaciones, reunión mensual del entorno y otras reuniones o jornadas a las que se convoca | --Listas de asistencia y actas de reuniones. |
| 8 | Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS | -Listas de asistencia y actas de reuniones. | --Informe diario, cronograma |
| 9 | Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | - | - |
| 10 | Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados | -Realizar proceso de gestión documental a los productos a carga | -Con gestión documental administrativa. |
| 11 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Realizar proceso de gestión documental a los productos a carga. | --Con gestión documental administrativa. |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCO AV VILLAS | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 675889286 |

**HISTÓRICO**

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MONICA FRANCO PATRICIA | 2024-12-16 17:31:35 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MONICA FRANCO PATRICIA | 2024-12-16 19:25:28 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MONICA FRANCO PATRICIA | 2024-12-16 19:28:55 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MONICA FRANCO PATRICIA | 2024-12-16 20:48:17 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2024-12-18 10:59:57 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-12-23 14:24:21 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-01-17 15:40:02 |

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***

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52290003 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MONICA PATRICIA FRANCO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CL 138 14I 28F | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **4583138505** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 5 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/01/08 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9991367990 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 700 | $ 0 | $ 208.000 | $ 700 | $ 208.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 700** | **$ 208.700** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 600 | $ 0 | $ 162.500 | $ 600 | $ 0 | $ 163.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 600** | **$ 0** | **$ 163.100** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 100 | $ 0 | $ 31.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 31.700** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 31.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52290003 | FRANCO MONICA PATRICIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.300.000 | 52290003 | $ 31.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 403.600** |

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

| | |
|---|---|
| N. OS: 9550831995 | DV: 203072 |
| Cliente: | 110263 PILA RECAUDO |
| Fecha: | 08/01/2025 11:29:35 |
| PAP: | 995857 |
| Identificacion: | 52290003 |
| Nombre: | MONICA PATRICIA |
| Apellido 1: | FRANCO |
| Apellido 2: | N A |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 3138031045 |
| Codigo Planilla: | 4503136505 |
| Periodo Pago: | 202412 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |
| Referencia: 52290003 | Valor: $403.600,00 |

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Scanned with CamScanner