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:	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		**Número de Documento:**	63547373	
Correo Electrónico:	carogamgra@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3008908864	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7158-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	TECNICO 1 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
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13372	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

© Siasur - 2025

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	$ 2460448	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 2460448	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 1230224
2	NOVIEMBRE	$ 2460448
3	DICIEMBRE	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3690672	**$ 8611568**	**$ 6151120**	**$ 2460448**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. captacion, identificacion y recepcion de la informacion generada en la operacion de los subsistemas de vsp; segun las particularidades establecidas en cada subsistema.	-RECEPCIÓN DEL CORREOS DEL SUBSISTEMA ENFERMEDADES HUÉRFANAS Y RARAS PARA GESTIONES ADMINISTRATIVA, RETROALIMENTACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE CASOS	-DESCARGA DE FICHAS Y BASES DE DATOS DE LOS EVENTOS 342-215
2	2. ingreso diario de los registros o fichas de notificacion, con calidad, integralidad y oportunidad; en las herramientas informaticas dispuestas en cada subsistema.	-NO SE DESARROLLA EN EL MES	-NO SE DESARROLLA EN EL MES
3	3. georreferenciacion de los registros garantizando unos niveles adecuados de coherencia y concordancia entre las variables de ubicacion y localizacion.	-SE REALIZA DEPURACIÓN DE BASES, VERIFICANDO EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LAS DIRECCIONES TENIENDO EN CUENTA LA NOMENCLATURA CORRECTA.	-XLS DE BASE 342 DEPURADA Y GEORREFERENCIADA A SEMANA 51
4	4. actualizacion de las herramientas informaticas de acuerdo a los subsistemas.	-NO SE DESARROLLA EN EL MES	-NO SE DESARROLLA EN EL MES
5	5. seguimiento a la realimentacion de calidad de los datos enviados desde el nivel central.	-REALIZAR DEPURACIÓN AJUSTES Y MODIFICACIONES A LAS QUE HAYA LUGAR, SEGUN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS Y/O SEGUN DIRECTRICES QUE SE EMITAN DESDE EL NIVEL DISTRITAL.	-ENVÍO DE BASES DEPURADAS AJUSTADAS Y CON SUS RESPECTIVAS MODIFICACIONES.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. depuracion, consolidacion, ajuste de la informacion y la respectiva realimentacion a la red de operadores de los hallazgos en calidad del dato.	-SE ACTUALIZA EL TABLERO DE CONTROL DE SEGUIMIENTO A UPGD_VSPEHR SEMANALMENTE EN ARTICULACION CON EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO DONE REGISTRE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS A LA REVISION DE CADA UPGD EN LO QUE RESPECTA A NOTIFICACIÓN SILENCIOSA, OPORTUNIDAD DE NOTIFICACION, VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE NOTIFICACION Y CALIDAD SEGUN PROTOCOLO INS	-ENVIO DE BASES DE DATOS A LA UPGD SEMANALMENTE CON RETROALIMENTACION DE LOS CASOS MODIFICADOS
7	7. analisis critico de informacion producida en el marco de la vsp	-REALIZAR CRUCES CON DIFERENTES FUENTES DE INFORMACION, QUE PERMITAN FORTALECER LA COHERENCIA DE LA INFORMACION PRODUCIDA EN EL SUBSISTEMA.	-CRUCE DE BASES DE DATOS DE DIFERENTES FUENTE.
8	8. envio de las bases de datos a nivel central o archivos planos soporte de la vigilancia, segun lo definido por cada subsistema.	-CONSOLIDACIÓN ,VERIFICACIÓN Y ENVÍO DE LA BASE IEC CORRESPONDIENTE A ENFERMEDADES HUÉRFANAS	-CORREO ENVIADO A NIVEL CENTRAL
9	9. cruce de fuentes de informacion, con el objetivo de fortalecer la coherencia de la informacion producida en cada subsistema.	-REALIZAR CRUCES CON DIFERENTES FUENTES DE INFORMACION, QUE PERMITAN FORTALECER LA COHERENCIA DE LA INFORMACION PRODUCIDA EN EL SUBSISTEMA.	-CRUCE DE FORMA SEMANAL LA BASE DE DATOS DEL EVENTO 342 CON LA BASE DE EVENTO 215, CON EL FIN DE IDENTIFICAR LOS CASOS SUSCEPTIBLES DE GESTIÓN PARA PROCESO DE NOTIFICACION EVENTO 342; SE REALIZAN CRUCES DE LOS ARCHIVOS XLS REMITIDIOS POR EL EQUIPO SIVIGILA EVENTO 342, CON LA BASE NUEVA RLCPD Y ANTIGUA
10	10. procesamiento de informacion y generacion de consolidados estadisticos para los procesos de analisis en articulacion con los profesionales especializados a cargo de cada uno de los subsistemas.	-NO SE DESARROLLA EN EL MES	-NO SE DESARROLLA EN EL MES
11	11. segumiento a la notificacion, actualizacion y asesoria sobre las herramientas sivigila en las upgd.	-NO SE DESARROLLA EN EL MES	-NO SE DESARROLLA EN EL MES
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-NO SE DESARROLLA EN EL MES	-NO SE DESARROLLA EN EL MES

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	$ 2460448
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82346023	-		
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 208000**
Salud		COMPENSAR		$ 177938	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 31700**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 413129**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4522009527

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS	2024-12-11 21:42:44
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2024-12-13 16:01:52
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-13 19:06:12
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 15:39:51

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.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	63547373	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS	avenida caracas 49-55 apto 802	3008908864	carogamgra@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82346023	$428.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63547373	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		avenida caracas 49-55 apto 802	3008908864	carogamgra@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82346023	$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	63547373	GAMARRA GRANADOS INGRID CAROLINA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

Por favor, seleccione los documentos a eliminar.

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 OCTUBRE2024 CTO7158-2024.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE2024 CTO7158-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CAROLINA GAMARRA CTO7158-2024..pdf (Archivado)	CAROLINA GAMARRA CTO7158-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE2024 CTO7158-2024.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE2024 CTO7158-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >