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:	LUISA FERNANDA OCHOA RUIZ		**Número de Documento:**	1030633313	
Correo Electrónico:	luisaochoa28@gmail.com		**Número Telefónico:**	3132826316	
Nombre del Supervisor:	ESTEBAN SILVA TAPIERO	**Cargo:**	TECNICO AREA SALUD CODIGO 323 GRADO 13	**Código - Grado:**	313-23

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7028-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 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
K31PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	31757	$5843288	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5843288**	**CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA 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	$ 5843288	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 5843288	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 2921644
2	NOVIEMBRE	$ 5843288
3	DICIEMBRE	$ 5843288

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8764932	**$ 20451508**	**$ 14608220**	**$ 5843288**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar el direccionamiento técnico de la línea de intervención correspondiente, en el marco de los lineamientos definidos para la vigilancia de la salud ambiental del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PSPIC.	Se realizo socialización de Reunión con secretaria distrital de salud. Se realiza entregas semanales de productos con su respectiva verificación. Se realizo envió de documentos técnicos, presentaciones e infografía	Actas de Reunión firmadas. Listados de asistencias. Drive del componente de entregas semanales. Correos electrónicos.
2	2. Realizar evaluación trimestral de las capacidades técnicas, con el objetivo de definir necesidades de re inducción de los equipos operativos.	No aplica para el periodo a certificar	No aplica para el periodo a certificar
3	3. Realizar planes de mejoramiento documentados e implementados, de conformidad con los hallazgos evidenciados en las acciones de seguimiento y evaluación de los equipos operativos.	No aplica para el periodo a certificar	No aplica para el periodo a certificar
4	4. Asistir y participar en las reuniones definidas por la secretaria distrital de salud –SDS y socialización al equipo operativo de la subred de los temas tratados y sus acuerdos.	Se realizo asistencia y participación en las reuniones definidas por la Secretaría Distrital de Salud.	Listado de asistencia y citación al correo electrónico de Reunión por Secretaría Distrital de Salud. Actas de reunión.
5	5. Presentar propuestas de intervenciones integrales de la línea generada a partir del análisis de la vigilancia en salud ambiental realizada por cada una de las subredes, basadas en las problemáticas a impactar, priorización para la intervención de factores de riesgo, coberturas de la vigilancia, entre otros.	No aplica para el periodo a certificar.	No aplica para el periodo a certificar.

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6.Planear, socializar y realizar seguimiento al plan de acción por línea de intervención: programación, seguimiento, Realizar acompañamiento técnica operativa y verificación concurrente (retrospectivo, simultaneo, telefónica) en el mes por cada líder, de acuerdo a las metodologías implementadas por la subred.	Se elaboro plan de acción a ejecutar de acuerdo a la priorización de establecimientos a los cuales se les realizara IVC, con enfoque de riesgo y los lineamientos de la estrategia de autorregulación.	Acta de reunión con el plan de acción a ejecutar de acuerdo a la priorización de establecimientos a los cuales se les realizara IVC, con enfoque de riesgo y los lineamientos de la estrategia de autorregulación
7	7. Realizar alistamiento y verificación a través de seguimiento concurrente a los establecimientos donde confluyen las actuaciones de diferentes líneas de acción	Se realizo 40 horas de seguimiento en campo a las actividades adelantadas por el equipo operativo en la localidad de Ciudad Bolívar	Se realizo 40 horas de seguimiento en campo a las actividades adelantadas por el equipo operativo en la localidad de Ciudad Bolívar
8	8. Verificar y validar la información consignada de manera mensual en los diferentes sistemas de información (SIVIGILA D.C., sus módulos, aplicativos y bases de datos.).	Se realizo verificación y validación de la Información consignada de manera mensual.	Actas de Reunión con los hallazgos y actas relacionadas de las revisiones previas firmadas en fisco y en digital en Drive del componente.
9	9. Presentar los soportes de las actividades ejecutadas en vigilancia sanitaria por la subred en el marco del contrato PSPIC en los procesos de Realizar acompañamiento técnica, seguimiento y control programados por la secretaria distrital de salud y equipo auditor.	Se organizo información, soportes y productos de la línea de calidad del agua y saneamiento básico de acuerdo con el informe de gestión	Formato de Actas de reuniones. Correos electrónicos.
10	10. presentar la información disponible para la generación de informes de las Realizar acompañamientos técnicas (nivel central) y de seguimiento y control (equipo auditor).	No aplica para el periodo a certificar.	No aplica para el periodo a certificar.
11	11. Preparar la información y participar en las unidades de análisis trimestrales convocadas por el equipo de análisis de condiciones de salud y calidad de vida (acscv).	No aplica para el periodo a certificar.	No aplica para el periodo a certificar.
12	12. participar en acciones transversales de vigilancia en salud ambiental con los demás espacios y componentes de salud pública.	Asistencia y participación de las mesas locales.	Listado de Asistencia y Actas de Reunión.
13	13. Realizar auditoría interna y preauditoria de los soportes entregados por equipo operativo, incluyendo acciones de mejoramiento a los hallazgos identificados y socialización a la coordinación de vigilancia sanitaria de la subred, a fin de entregar informe de gestión de la línea de intervención a su cargo, verificando y haciendo seguimiento a la información ingresada en el aplicativo SIVIGILA D.C.	Se realizo verificación a los soportes en físico del producto de establecimiento vigilado y controlado y vigilancia intensificada.	Actas de Reunión con los hallazgos y actas relacionadas de las revisiones previas firmadas en fisco y en digital en Drive del componente. Drive de entregas semanas.

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
14	14. Entrega de informes, trimestral, semestral y anual según sean requeridos por la coordinación de vigilancia de la salud ambiental, de las Realizar acompañamientos técnicas (nivel central) y de seguimiento y control (equipo auditor), así misma entrega mensual de la matriz de seguimiento consolidada y avalada por la SDS.	No aplica para el periodo a certificar.	No aplica para el periodo a certificar.
15	15. Remitir las actas que den lugar a procesos sancionatorios de investigación administrativa, a la SDS, alcaldías locales y policía.	Verificación y radicación de soportes con conceptos desfavorables y aplicación de medidas sanitarias de seguridad.	Actas de reunión y libro de radicados de conceptos desfavorables y aplicación de medidas sanitarias.
16	16. Dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas y decepcionadas al componente de vigilancia en salud ambiental entregándolas al líder operativo de las líneas de intervención donde sea asignado(a).	Se realiza distribución de solicitudes y derechos de petición al equipo operativo. Se realiza respuesta de solicitudes y peticiones con los números de actas, fecha de visita y conceptos emitidos.	Matriz del Drive del componente. Oficios de respuestas enviados por correo electrónico.
17	17. 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 aplica para el periodo a certificar.	No aplica para el periodo a certificar.
18	18. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	Asistir a reuniones solicitadas. Realizar capacitaciones y articulaciones.	Listados de asistencias. Certificaciones de capacitaciones. Link de convocatorias de reuniones.
19	19. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	Se organizo soportes de productos de establecimientos vigilado y controlado.	Formato donde se relaciona número de actas y carpetas.
20	20. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Asistir a reuniones que informe la coordinación PIC. Realizar capacitaciones que informe la coordinación PIC.	Formatos de listados de asistencia. Link de convocatoria de reuniones o actividades.

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	$ 5843288
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	81917598	-		
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2337315	$ 373970	**$ 375800**
Salud		COMPENSAR		$ 292164	**$ 293600**
ARL	3	SURA		$ 56937	**$ 57300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 678335**	**$ 726700**

INFORMACIÓN DE PAGO

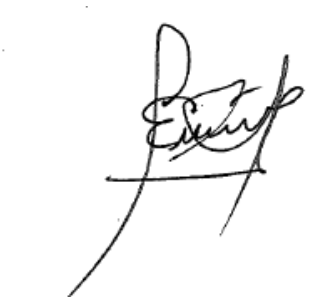
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	7500936021

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUISA FERNANDA OCHOA RUIZ	2024-12-13 00:56:33
RECHAZADO SUPERVISOR	ESTEBAN SILVA TAPIERO	2024-12-14 13:22:51
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUISA FERNANDA OCHOA RUIZ	2024-12-14 15:18:11
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ESTEBAN SILVA TAPIERO	2024-12-17 15:10:18
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-17 17:36:31
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 15:39:54

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

© Siasur - 2025

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	1030633313	LUISA FERNANDA OCHOA RUIZ	KR 72QBIS# 37-59 sur	3132826316	luisaochoa28@gmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	81917598	$773.800	

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	292.200	0		0		0	7	1.400	0	293.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	374.000	0	0	0	0	7	1.800	0	375.800	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	57.000				57.000	7	300	57.300			570	57.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	46.800	7	300	47.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	292.200	293.600
Pensión	1	374.000	375.800
Riesgos Laborales	1	57.000	57.300
CCF	1	46.800	47.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	770.000	773.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030633313	LUISA FERNANDA OCHOA RUIZ	KR 72QBIS# 37-59 sur	3132826316	luisaochoa28@gmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	81917598	$773.800	

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	Estudiante	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	1030633313	OCHOA RUIZ LUISA FERNANDA	59	0			N																	230301	2.337.315	374.000	0	0	0	0	EPS008	2.337.315	292.200	14-11	2.337.315	3	57.000	CCF24	2.337.315	46.800	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

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		
☐	CUENTA OCTUBRE 2024-CTO 7820-2024.pdf	CUENTA OCTUBRE 2024-CTO 7820-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2024-CTO 7820-2024..pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2024-CTO 7820-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >