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:	FAYIBE DIAZ CHAPARRO		**Número de Documento:**	39659602	
Correo Electrónico:	fayiicdiaz@gmail.com		**Número Telefónico:**	3143919693	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7255-2024	**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
K32PI	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**					

© 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	$ 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
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. realizar investigaciones epidemiológicas de campo (iec) de eventos de interés en salud pública.	-Realización de investigación epistemológica de campo en las localidades que conforman la Subred Sur, de las localidades Tunjuelito 7 IEC, Ciudad Bolívar 16 IEC y ruralidad Sumapaz 14 IEC	-37 Formatos IEC
2	2. registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	-Diligenciar formatos de investigación epistemológicas de campo y caracterización, en formatos de riesgo biomecánico o químico. AT en las localidades que conforman la Subred Sur	-Formatos de investigaciones epistemológicas de campo 37 de 37
3	3. identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad.	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado
4	4. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad.	-Se realizan 2 canalizaciones	-Formato digital canalización
5	5. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato y productos a la sds.	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado
6	6. realizar cruces de información para la verificación de los eventos abordados en la iec de cada variable.	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado
7	7. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. realizar Realizar acompañamiento técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui y upgds.	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado
9	9. realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla la actividad en el periodo certificado
10	10. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	-Se realizo acta de concordancia junto con el técnico esto con el fin de identificar la información digitalizada y formatos en físico (37 de 37)	-Acta y listados de asistencia
11	11. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur e.s.e	-Se realizó una reunión del proceso SIVISTRA liderada por el líder de no transmisibles	-Acta y listados de asistencia
12	12. participar de las actividades asignadas por la coordinación pic.	-Se asistirá a ULC programada por la coordinadora de VSP	-Acta y listados de asistencia
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se asistirá a ULC programada por la coordinadora de VSP	-Acta y listados de asistencia

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	$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9477370526	-		
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11				

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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1599254	$ 255881	**$ 255900**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

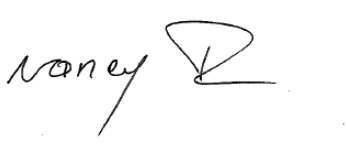
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	62489160574

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FAYIBE DIAZ CHAPARRO	2024-12-12 13:47:29
RECHAZADO SUPERVISOR	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2024-12-13 16:11:55
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FAYIBE DIAZ CHAPARRO	2024-12-13 17:00:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2024-12-13 18:07:12
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-13 22:08:56
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 15:39:49

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

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 39659602		DIAZ CHAPARRO FAYIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 77M No. 70C 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143919693	Si

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	20241211113012668139	9477370526	I	2024/12/03	2024/12/11	BANCO AV VILLAS	8	$507,400

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)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$9,600			$1,599,254	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$9,600			$1,599,254	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$9,600			$1,599,254	$39,000		$0	$0
1	CC 39659602	DIAZ FAYIBE	25-14	30	$1,599,254	$255,900	EPS008	30	$1,599,254	$200,000	CCF24	30	$1,599,254	$9,600	14-11	30	$1,599,254	$39,000	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$9,600			$1,599,254	$39,000		$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 39659602		DIAZ CHAPARRO FAYIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 77M No. 70C 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143919693	Si

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	20241211113012668139	9477370526	I	2024/12/03	2024/12/11	BANCO AV VILLAS	8	$507,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$1,400	$0	$257,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$255,900	$1,400	$0	$257,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$300	$0	$39,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$300	$0	$39,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$100	$0	$9,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$9,600	$100	$0	$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$1,100	$0	$201,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$1,100	$0	$201,100
TOTAL				1	$504,500	$2,900	$0	$507,400

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_OCTUBRE_CTO 7255-2024.pdf	CUENTA_OCTUBRE_CTO 7255-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_NOVIEMBRE_CTO 7255-2024.pdf	CUENTA_NOVIEMBRE_CTO 7255-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >