

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	YUDY JOJHANA CASTRO CORREDOR		Número de Documento:	1030530158	
Correo Electrónico:	yudyc171@gmail.com		Número Telefónico:	3132644541	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	Código Grado:	- 237-15

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7917-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2537
Perfil:	TECNOLOGO PIC				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) 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		2024-11-06		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	\$ 2756158	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	\$ 2756158	2815
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		NOVIEMBRE		\$ 2756158	
2		DICIEMBRE		\$ 2614088	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 2614088		\$ 8126404	\$ 5370246	\$ 2756158
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Realizar la identificación y caracterización del perfil de riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en unidades de trabajo informal	Caracterización de 16 niños y niñas en la localidad de Ciudad Bolívar.	-Formato de caracterización niños.	
2	identificar el riesgo de las condiciones de salud y su entorno y concertación del plan en unidades de trabajo informal de alto, mediano impacto y bajo impacto.	-Caracterización de 20 utis de mediano localidad Ciudad Bolívar.	-Formato caracterizacion Utis	
3	Realizar asesorías para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud de las personas que desarrollan actividades en las unidades de trabajo informal (utis) de mediano impacto.	-Se realiza 2 primer seguimienmt, 16 segundo seguimiento, 16 tercer seguimiento, 16 monitoreos	-Formato de utis	
4	Implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto	-Se realiza caracterizacion de 20 utis de mediano impacto localidad ciudad bolívar.	-Formato utis	
5	Realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal.	-Actividad no aplica para este periodo	No aplica	
6	Participar en Realizar acompañamientos técnicos y fortalecimiento de capacidades del entorno.	-Participación de asistencia técnica mensual de equipo	-Listado de asistencia	
7	Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Se entrega al referente del entorno documentos en fisico	-Formatos NNA y UTIS	
8	Caracterizar, identificar y realizar recorridos en Establecimientos relacionados con consumo de alcohol.	-No aplica para este periodo	-No aplica	
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Según necesidad del referente	-No aplica	

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		\$ 2756158	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9478884791	-				
2025	NOVIEMBRE	2024	12	16						
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETECIENTOS CIENTOCINCUENTA Y OCHO PESOS					CINCUENTA Y SEIS MIL
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760		\$ 173800	
Salud					FAMISANAR		\$ 177938		\$ 135800	
ARL				3	SURA		\$ 34676		\$ 26500	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129		\$ 336100	

INFORMACIÓN DE PAGO						
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24100766460

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YUDY YOJHANA CASTRO CORREDOR	2024-12-13 19:53:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YUDY YOJHANA CASTRO CORREDOR	2024-12-13 19:54:36
RECHAZADO SUPERVISOR	YANETH ESCOBAR	2024-12-13 21:23:43
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YUDY YOJHANA CASTRO CORREDOR	2024-12-15 09:26:22
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YANETH ESCOBAR	2024-12-15 15:29:49
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-16 14:22:57
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.



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030530158		CASTRO CORREDOR YUDY YOJHANA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	calle 42 f sur 81 g 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4527716	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2024-11	2024-11	1128101053	9478884791	I	2024/12/13	2024/12/16	NEQUI	3	\$336,100	

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)					\$1,083,334	\$173,400			\$1,083,334	\$135,500			\$0	\$0			\$1,083,334	\$26,400		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,083,334	\$173,400			\$1,083,334	\$135,500			\$0	\$0			\$1,083,334	\$26,400		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,083,334	\$173,400			\$1,083,334	\$135,500			\$0	\$0			\$1,083,334	\$26,400		\$0	\$0	
1	CC	1030530158	CASTRO YUDY	230301	25	\$1,083,334	\$173,400	EPS017	25	\$1,083,334	\$135,500	0		\$0	\$0	14-11	25	\$1,083,334	\$26,400	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,083,334	\$173,400			\$1,083,334	\$135,500			\$0	\$0			\$1,083,334	\$26,400		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030530158		CASTRO CORREDOR YUDY YOJHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 42 f sur 81 g 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4527716	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1128101053		9478884791	I	2024/12/13	2024/12/16	NEQUI	\$336,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$173,400	\$400	\$0	\$173,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$173,400	\$400	\$0	\$173,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,400	\$100	\$0	\$26,500	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$26,400	\$100	\$0	\$26,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$135,500	\$300	\$0	\$135,800	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$135,500	\$300	\$0	\$135,800	
TOTAL				1	\$335,300	\$800	\$0	\$336,100	

Aumentar el contraste

UTC -5 19:19:29

YUDY YUJHANA CAST...

s procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Administración de contratos

Ver contrato

✓ 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?

Si

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
☐ ARL SURA 1030530158 CTO 7917-2024 .pdf	ARL SURA 1030530158 CTO 7917-2024 .pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ CUENTA MES DE DICIEMBRE CTO 7917-2024	secop diciembre .pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo