

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-11-01		Hasta:	2024-11-30		
Nombre del Contratista:	PAULA ANDREA VARGAS YAIMA			Número de Documento:	1110516431		
Correo Electrónico:	PAUVARGAS28@GMAIL.COM			Número Telefónico:	3184533458		
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD		Código Grado:	-	242-25
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	7684-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2545		
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4-EBE						
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	28414	\$5228176	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5228176	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSSETENTA Y SEISPESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-22		Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2024-11-30	
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición		CDP	
1	2024-11-01	2024-12-09	1	\$ 1341246		2545	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		OCTUBRE		\$ 2386776			

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7842159		\$ 9183405	\$ 2386776	\$ 6796629
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Apoyar en la supervisión y validación del funcionamiento del servicio en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia en los diferentes procesos.	Realizar verificación de productos y proceso de precritica a los colaboradores, con el fin de favorecer la accesibilidad, continuidad y pertinencia.	Actas y listados de asistencia.	
2	2. Articular con profesionales líderes del grupo de apoyo para validar la ejecución efectiva de las acciones.	--Realizar la verificación de la base de matriz de seguimiento, tableros de control y de reporte dispuestos para el entorno, garantizando calidad en el registro del dato en articulación con los dinamizadores.	-- Reporte tableros de control	
3	3. Realizar Acompañamiento a comités y reuniones convocados por la Secretaría de Salud para presentar avances y cumplimiento de metas.	-Participar en espacios de reunion convocadas desde el nivel central	-Actas y listados de asistencia.	
4	4. Dar Cumplimiento a las obligaciones establecidas en el clausulado, según la matriz programática de la Secretaría de Salud, realizando agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo en territorios priorizados	-Realizar seguimiento mensual a la matriz programática de la Secretaría de Salud, verificando agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo en territorios priorizados con pertinencia.	-- Reporte tableros de control	
5	5. Entregar informes de gestión y productos conforme a los compromisos establecidos en el Convenio y gestionar reportes requeridos por la Secretaría de Salud.	--Elaboración de informes, reportes, matrices, indicadores y demás de acuerdo a producto asignado del entorno y a solicitud de SDS.	-Informes y reportes solicitados.	
6	6. Formular planes de trabajo y cronogramas semanales para los equipos a cargo, basados en proyecciones del grupo de Geografía.	--Realizar asignación de predios y eventos de interés en Salud Publica acorde a la adscripción de cada uno de los colaboradores.	-- Reporte tableros de control	
7	7. Generar informes, indicadores y reportes de acciones según solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la Secretaría de Salud.	--Elaboración de informes, reportes indicadores acorde a solicitud de nivel local y central.	--Informes y reportes solicitados.	
8	8. Realizar seguimiento de manera semanal, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.	--Realizar seguimiento de manera semanal a la asignación de predios y de eventos de interés en salud publica a cada uno de los colaboradores.	-- Reporte tableros de control	
9	9.Participar en la planeación y ejecución en las actividades de fortalecimiento técnico, comité del cuidado y reunión del equipo básico extramural.	--Participar de los diferentes comités de cuidado	-Actas y listados de asistencia.	
10	10. Realizar seguimiento, monitoreo y análisis de indicadores de proceso, incluyendo reportes de visitas, cumplimiento de canalizaciones y remisiones a rutas de atención sectorial e intersectorial.	--Realizar seguimiento a ejecución de actividades desarrolladas por el equipo operativo, reporte de canalizaciones .	-- Reporte tableros de control	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad.	-Actas 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 Honorarios Certificados Mes Anterior	de el	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7945327884	-			\$ 2386776
2024	OCTUBRE	2024	11	14					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 320600	
Salud					COMPENSAR		\$ 162500	\$ 250500	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 48900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 620000	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	86948763526	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					PAULA ANDREA VARGAS YAIMA			2024-11-25 21:02:09	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA			2024-11-25 21:14:52	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-11-26 17:33:33	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-11-28 19:39:10	
RECHAZADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-11-28 19:39:40	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					PAULA ANDREA VARGAS YAIMA			2024-11-29 20:02:34	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA			2024-11-29 23:29:24	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-11-30 15:27:06	

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 Montilla

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1110516431	NÚMERO PLANILLA:	7945327884	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		DEPARTAMENTO:	PAULA ANDREA VARGAS YAIMA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	TELÉFONO:	2753250	DÍAS DE MORA:	2		
DIRECCIÓN:	CALLE 57 N 23-24 SAN ANTONIO	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1048168967
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 320.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500	\$ 0	\$ 320.100	\$ 500	\$ 320.600
SUBTOTALES:										\$ 320.100	\$ 500	\$ 320.600

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		
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 250.100		\$ 0	\$ 400		\$ 0	\$ 250.100	\$ 400	\$ 0	\$ 250.500
SUBTOTALES:													\$ 250.100	\$ 400	\$ 0	\$ 250.500		

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	\$ 48.800	\$ 48.800	\$ 100	\$ 0	\$ 48.900
SUBTOTALES:									\$ 48.800	\$ 100	\$ 0	\$ 48.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																			
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																					
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						ARP				DÍAS COT	IBC	CCF						SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																								ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT				
1	CC 1110516431	VARGAS YAIMA PAULA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACION DE		\$ 2.773.207			NO						01-30										25-14 COLPENSIONES	30	\$ 2.000.346	\$ 320.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 320.100	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 2.000.346	\$ 250.100	\$ 0	\$ 250.100	14-11 - ARL SURA	30	\$ 2.000.346	\$ 000000005	\$ 48.800	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 620.000
--------------	-------------------

 PSE Transacción Aprobada - CUS 1048168967

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: pauvargas28@gmail.com

13 de noviembre de 2024, 20:28

**¡Hola, PAULA ANDREA VARGAS YAIMA!**

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** 

CUS: 1048168967

Empresa: SOI ACH

Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y
Parafiscales

Valor de la Transacción: \$ 620.000

Fecha de Transacción: 13/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

PAULA ANDREA VARGAS YAIMA, CC 1110516431

Ver contrato

Datos guardados

[Cancelar](#)

[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
☐ CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO-7664-2024.pdf.pdf	CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO-7664-2024.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO-7664-2024.pdf.pdf	CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO-7664-2024.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Cancelar](#)

PAULA ANDREA VARGAS YAIMA, CC 1110516431



¡Participa en la encuesta y permítenos seguir mejorando el Clima Laboral y Ambiente Organizacional Distrital!

CLIC AQUÍ PARA RESPONDER LA ENCUESTA

A continuación, se presenta el instrumento estándar de medición del ambiente organizacional y calidad de vida, el cual permite evaluar su percepción como colaborador(a) frente al entorno ofrecido por la entidad en la que desarrolla sus obligaciones y cumple sus objetivos; encontrará 66 afirmaciones, y teniendo en cuenta su grado de acuerdo o desacuerdo debe escoger la opción que más se acerque a sus apreciaciones. Sus respuestas son de carácter confidencial y los resultados obtenidos servirán de insumo para establecer planes de acción que contribuyan al fortalecimiento o mejoramiento del ambiente organizacional. Para una mayor confiabilidad de la escala es importante que todas las respuestas sean contestadas, además, recuerde que ninguna es correcta o incorrecta porque corresponde a su sentir sobre el factor a medir.

Fecha inicio medición: 2024-06-04 10:52:00

Fecha fin medición: 2024-11-30 10:52:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento (2024-11-25 19:14:04), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.



SOPORTE TÉCNICO