

	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:	LEIDY DIANA CALDERON REINA		Número de Documento:	52749808	
Correo Electrónico:	leidydianac@gmail.com		Número Telefónico:	3217612740	
Nombre del Supervisor:	ANDREA LOPEZ GUERRERO	Cargo:	JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Código Grado:	- 006-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4017-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	474
Perfil:	TECNICO ADMINISTRATIVO II				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS					
Centro de Costos	Dirección		Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
O02VB	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO		USS VISTA HERMOSA	\$2357300	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2357300		DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2024-02-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-04-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-05-01	2024-05-31	1	\$ 2357300	1041
2	2024-05-01	2024-06-30	2	\$ 2357300	1359
3	2024-06-01	2024-08-31	3	\$ 3650012	1705
4	2024-09-01	2024-11-30	4	\$ 7071900	2291
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 2357300	
2		MARZO		\$ 2357300	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal 110611

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 2357300	
4	MAYO	\$ 1292712	
5	JUNIO	\$ 2357300	
6	JULIO	\$ 2357300	
7	AGOSTO	\$ 2357300	
8	SEPTIEMBRE	\$ 2357300	
9	OCTUBRE	\$ 2357300	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 7071900		\$ 22508412	\$ 20151112
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Informar y orientar a los usuarios y su familia de manera telefonica a traves del PBX de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	-Se brinda información telefónica sobre las necesidades requeridas por los usuarios con el fin de mitigar barreras de acceso.	-En documento Drive compartido copia atención por PBX se registra en bitácora todas las llamadas recibidas durante la jornada son 500 registros.
2	2. Realizar divulgacion de informacion de interes en salud a traves de la linea telefonica del PBX para los usuarios de los servicios.	-Realizar divulgación permanente de información de interés en la línea telefónica para los usuarios de los servicios de acuerdo a cronograma establecido por la Sub red Sur E.S.E.	-Se divulga de manera telefónica información de interés y el pico y placa según el día de los 9 Derechos y los 9 Deberes.
3	3. Realizar y tabular encuestas de satisfaccion de los usuarios.	-Realizar y o tabular encuestas de satisfacción, de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia en los diferentes servicios de la institución donde se requiera.	-Encuestas aplicadas por medio de la línea telefónica de cómo le pareció la atención recibida por medio de la línea del PBX de la Sub red integrada de servicios de salud sur.
4	4. Registrar informacion de las orientaciones brindadas a traves del PBX.	-Se reciben las llamadas telefónicas por medio del PBX número 7300000 se identifica las necesidades de los usuarios y direccionar de manera adecuada, cálida, oportuna y efectiva; verificando las bases de datos para brindar una orientación eficaz y clara sobre los servicios ofertados documentación pertinente, de acuerdo al servicio requerido.	-En documento Drive compartido copia atención por PBX se registra en bitácora todas las llamadas recibidas durante la jornada son 500 registros.
5	5. Las demas funciones que sean asignadas en la realizacion del objeto contractual.	-Soy el agente virtual de la Pagina de la Sub red integrada de Servicios de Salud sur, se contesta por medio de un chat los requerimientos que escriben los usuarios o funcionarios por medio de esta aplicación.	-Por la página del HubSpot se encuentran los registros e informes de los mensajes que se responden.

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	9475893917	-			\$ 2357300
2024	OCTUBRE	2024	11	05					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS 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	\$ 208000	
Salud					FAMISANAR		\$ 162500	\$ 162500	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 31700	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 377286	\$ 402200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4800395917		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY DIANA CALDERON REINA			2024-11-25 08:23:28	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					ANDREA LOPEZ GUERRERO			2024-11-27 13:46:58	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2024-11-29 11:07:17	

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.

ANDREA LOPEZ GUERRERO
JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y
SERVICIO AL CIUDADANO

Identificación

CC 52749808

Razon Social

CALDERON REINA LEIDY DIANA

Clase Aportante

INDEPENDIENTE

Sucursal Principal

PRINCIPAL

Dirección

Trav 14 Q 67 G 54Sur

Ciudad-Departamento

BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.

Teléfono

6610557

Exonerado SENA e ICBF

No

Periodo

2024-10

Clave

9475893917

Planilla

I

Pago

1022069831

Limite

2024/11/06

Fecha

2024/11/05

Banco

BANCO DAVIVIENDA

Dias Mora

0

Pago

\$422,200

Valor

\$422,200

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$208,000				\$1,300,000	\$162,500			\$20,000		\$31,700	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$20,000		\$31,700	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)										\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$20,000		\$31,700	\$0
1	CC 52749808	CALDERON LEIDY	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5017	30	\$1,300,000	\$162,500	CC274	30	\$1,000,000	\$20,000	14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	30	\$0	
Total		Afiliados(1)				\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,000,000	\$20,000			\$1,300,000	\$31,700		\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52749808		CALDERON REINA LEIDY DIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trav 14 Q 67 G 54Sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6610557	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1022069831	9475893917	I	2024/11/06	2024/11/05	BANCO DAVIVIENDA	0	\$422,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$20,000	\$0	\$0	\$20,000
COMPENSAR		CCF24	860,066,942	7	1	\$20,000	\$0	\$0	\$20,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
FAMISANAR		EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL					1	\$422,200	\$0	\$0	\$422,200

UTC -5 14:53:50

LEIDY DIANA CALD...

Aumentar el contraste

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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

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 FEBRERO CTO No 4017-2024.pdf	CUENTA FEBRERO CTO No 4017-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO No 4017-2024.pdf	CUENTA MARZO CTO No 4017-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO No 4017-2024.pdf	CUENTA ABRIL CTO No 4017-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 4017-2024 MAYO-2024.pdf	CTO No 4017-2024 MAYO-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 4017-2024 JUNIO-2024.pdf	CTO No 4017-2024 JUNIO-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 4017-2024 JULIO-2024.pdf	CTO No 4017-2024 JULIO-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 4017-2024 AGOSTO-2024.pdf	CTO No 4017-2024 AGOSTO-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 4017-2024 SEPTIEMBRE-2024.pdf	CTO No 4017-2024 SEPTIEMBRE-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 4017-2024 OCTUBRE-2024.pdf	CTO No 4017-2024 OCTUBRE-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

>

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

LEIDY DIANA CALDERON REINA
C.C. 52749808

participó en el curso virtual:

Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar

Segundo Semestre 2024

Bogotá



Salomé Valencia Aguirre
Asesora de despacho



SECRETARÍA DE
SALUD

