

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-10-01	Hasta:	2024-10-31	
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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 7071900		\$ 22508412	\$ 17793812
			\$ 4714600
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 350 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 350 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 de Certificados el Mes Anterior		\$ 2357300
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9473832396	-			
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	03					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS				
Ítem					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		2024-10-25 10:48:15		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					ANDREA LOPEZ GUERRERO		2024-10-29 10:12:41		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-10-30 10:53:56		

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

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	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	955398753		I	2024/10/03	2024/10/03	BANCO DAVIVIENDA	0	\$422.200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$208,000				\$1,000,000	\$20,000		\$31,700	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,300,000	\$208,000			\$1,000,000	\$20,000		\$31,700	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)										\$1,300,000	\$208,000			\$1,000,000	\$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	\$1,300,000	\$31,700	\$0	
Total		Afiliados(1)							\$1,300,000	\$208,000			\$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 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	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	955398753		9473832396	2024/10/03	2024/10/03	BANCO DAVIVIENDA	0	\$422,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO			CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$208,000	\$0	\$208,000
COLPENSIONES			25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$31,700	\$0	\$31,700
ARL SURA			14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$0	\$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$20,000	\$0	\$20,000
COMPENSAR			CCF24	860,066,942	7	1	\$20,000	\$0	\$20,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$162,500	\$0	\$162,500
FAMISANAR			EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$0	\$162,500
TOTAL						1	\$422,200	\$0	\$422,200

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

☐ 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

blank

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
-------------	--------------------	-------------

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

Cancelar

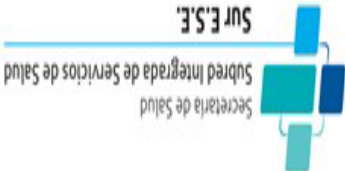
Evaluación de la Entidad Estatal

Borrar

Cargar nuevo



Vigencia de 2 años



Para constancia se expide:
octubre 22, 2024

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE
TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA
Con una intensidad horaria de : 2 horas

52749808

LEIDY DIANA CALDERON REINA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



p9jjKZDTSQ