

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.									
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
DATOS DEL INFORME											
Periodo a Certificar:		Desde:		2024-09-01		Hasta:		2024-09-30			
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		
O01VB		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					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 2357300	
4	MAYO	\$ 1292712	
5	JUNIO	\$ 2357300	
6	JULIO	\$ 2357300	
7	AGOSTO	\$ 2357300	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 7071900		\$ 22508412	\$ 15436512
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 300 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 300 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	9471497666	-			
2024	AGOSTO	2024	09	03					
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		2024-09-24 10:24:02		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					ANDREA LOPEZ GUERRERO		2024-09-27 20:19:50		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-09-28 17:59:42		

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
2024-08	2024-08	886595738		I	2024/09/04	2024/09/03	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			\$1,300,000	\$162,500			\$1,000,000	\$20,000			\$31,700	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,000,000	\$20,000			\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,000,000	\$20,000			\$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	
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,000,000	\$20,000		\$1,300,000	\$31,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE						
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Exonerado SENA e ICBF
CC 52749808		CALDERON REINA LEIDY DIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trav 14 Q 67 G 54Sur	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION						
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago
	Salud	Pago		Planilla	Limite	
2024-08	886595738			9471497666	2024/09/04	
			I		2024/09/03	2024/09/03
					BANCO	DAWVENDA
						Dias Mora
						0
						Valor
						\$422,200

RESUMEN DE PAGO						
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
					INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES
						VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$208,000
						\$0
						\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$31,700
						\$0
						\$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)						
COMPENSAR		CCF24	860,066,942	7	1	\$20,000
						\$0
						\$20,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						
FAMISANAR		EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500
						\$0
						\$162,500
TOTAL					1	\$422,200
						\$0
						\$422,200



Agencia Nacional
de Contratación Pública
Colombia Compra Eficiente

UTC -5:9:16:28

LEIDY DIANA CALD...

Aumentar el contraste

Buscar...

Ir a

Menú

Mis procesos

Menú

Escritorio

Menú

Administración de contratos

Ver contrato

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

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

? Se requieren emisiones de
códigos de autorización?

☐ Sí ☒ No

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

[Descargar](#) [Detalle](#)

☐

CUENTA MARZO CTO No 4017-2024.pdf

Proveedor

[Descargar](#) [Detalle](#)

☐

CUENTA ABRIL CTO No 4017-2024.pdf

Proveedor

[Descargar](#) [Detalle](#)

☐

CTO No 4017-2024 MAYO-2024.pdf

Proveedor

[Descargar](#) [Detalle](#)

☐

CTO No 4017-2024 JUNIO-2024.pdf

Proveedor

[Descargar](#) [Detalle](#)

☐

CTO No 4017-2024 JULIO-2024.pdf

Proveedor

[Descargar](#) [Detalle](#)

☐

CTO No 4017-2024 AGOSTO-2024.pdf

Proveedor

[Descargar](#) [Detalle](#)

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

Borrar

Cargar nuevo

<

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:

ED - Enfoque diferencial en el servicio a la ciudadanía

Del 2 de septiembre al 17 de octubre de 2024
Con una intensidad horaria de 60 horas
Bogotá



Salomé Valencia Aguirre
Asesora de despacho



**SECRETARÍA DE
SALUD**

