

	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:	2024-10-15	
Nombre del Contratista:	INGRID PAOLA MENA MENDIETA		Número de Documento:	1010212294	
Correo Electrónico:	paolamena9312@gmail.com		Número Telefónico:	3105009280	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	Cargo:	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5987-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1500
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	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	Procetaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	0	21729	\$1999068	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1999068	UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2024-06-12		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-07-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-07-01	2024-09-15	1	\$ 7196645	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	\$ 3998136	2358
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		JUNIO		\$ 3998136	
2		JULIO		\$ 3998136	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	AGOSTO	\$ 3998136	
4	SEPTIEMBRE	\$ 3998136	
5	OCTUBRE	\$ 1999068	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 6796831		\$ 17991612	\$ 17991612
			\$ 0
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, y realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH-reactivo, sífilis y hepatitis B con resultado positivo.	-No aplica para este mes	-No aplica para este mes
2	Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.	-Se realizan jornadas en población mayor de 18 años , brindando educación en hábitos saludables para prevención de enfermedades crónicas, con prevención y manejo de medidas preventivas en el mes de Octubre	-Formato cuídate y se feliz
3	Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios	-Se identifican usuarios respiratorios en le punto de cuídate se feliz	-Formato cuídate y se feliz
4	Realizar asesoría individual en hábitos de vida saludable, actividad física, alimentación saludable según criterios de tamización en talla, peso, medidas antropométricas y medidas tensionales	-A cada uno de los usuarios, se le realiza una estratificación del riesgo cardiovascular de acuerdo a la escala de FINDRISC y la escala de riesgo cardiovascular de la OMS, donde se tienen en cuenta datos como: curso de vida, antecedentes familiares, la toma. . de medicamentos, controles médicos, cifras de la presión arterial, oximetría, frecuencia cardíaca, práctica de actividad física, cuestionario breve de EPOC, consumo de frutas verduras, tabaco, alcohol, se realizan acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. . frente a la aparición de cáncer de cuello uterino, mama y próstata de acuerdo al curso de vida de cada usuario	-Formato de captura de usuarios
5	Realizar acciones de promoción de la salud mental, la convivencia y la prevención de diferentes formas de violencia, promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos	-Por medio de las medidas antropométricas se identifica el nivel de riesgo cardiovascular en personas mayores de 18 años, se realiza el respectivo direccionamiento a las EAPB a partir de las necesidades identificadas.	-Formato de captura de usuarios
6	canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	-Se realiza activación de ruta a las diferentes EAPB a aquellos usuarios que durante la atención en punto y de acuerdo al curso de vida se les realiza una identificación de riesgo y/o necesidad ejemplo: usuarios que no se han realizado el examen de la próstata , la mamografía, la citología, usuarios no adherentes a tratamientos médicos, usuarios con alteraciones auditivas o visuales, en obesidad, con cuestionario de EPOC positivo, entre otros.	-Formato de canalización, formato de captura de usuarios.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Para el mes de Octubre se cumple con la meta establecida realizando 11 jornadas en la localidad de Tunjuelito Ciudad Bolívar Se realiza articulación con otras estrategias del entorno cuidador comunitario, se asiste a jornadas solicitadas por derechos de petición, se asiste a las reuniones con profesional de apoyo y la reunión mensual del entorno, se realizan intervenciones en barrios priorizados y barrios que se encuentran dentro de las manzanas del cuidado	-Formatos, actas, informes.
8	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se hace entrega de soportes correspondientes a la ejecución del mes realizando verificación en la calidad del dato, canalizaciones e informe mensual. Actualización y ajuste de portafolio y cronogramas por cambios presentados en el mes anterior.	-Listado de asistencia, portafolio.
9	Presentar productos para precrítica y preauditoria	-Se hace entrega de soportes correspondientes a la ejecución del mes realizando verificación en la calidad del dato, canalizaciones e informe mensual.	-Listado de asistencia.
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Durante el mes se realiza reuniones con el profesional de apoyo de forma presencial para realizar retroalimentación del mes anterior, distribución de actividades para el mes de octubre cronograma de las jornadas solicitadas, entrega de soportes, ajuste de cronograma y portafolio, distribución de informe , actas. Proyección de actividades con otras estrategias o entidades, entrega de insumos y otras actividades que se requieran dentro del entorno.	-Listado de asistencia, actas, portafolio.

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 de Anterior		\$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9475157900	-			
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 255900	
Salud					SÁNTITAS		\$ 199907	\$ 200000	
ARL				3	SURA		\$ 38958	\$ 39000	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 464136	\$ 494900	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	8300770677

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID PAOLA MENA MENDIETA	2024-10-17 15:27:34
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID PAOLA MENA MENDIETA	2024-10-17 15:35:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JEISON RODRIGO PARRA TRIANA	2024-10-18 15:20:48
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-10-21 12:19:26
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-14 12:31:44

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.



JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación		dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010212294			MENA MENIETA INGRID PAOLA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	TV 65 #59-21 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7979355	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo		Clave			Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	972199194		9475157900	I	2024/10/23	2024/10/10	BANCO DAVIVIENDA		0	\$526,900

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)					\$1,599,255	\$255,900			\$1,599,255	\$200,000			\$1,599,255	\$32,000			\$1,599,255	\$39,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,599,255	\$255,900			\$1,599,255	\$200,000			\$1,599,255	\$32,000			\$1,599,255	\$39,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,599,255	\$255,900			\$1,599,255	\$200,000			\$1,599,255	\$32,000			\$1,599,255	\$39,000		\$0	\$0	
1	CC	1010212294	MENA INGRID	230201	30	\$1,599,255	\$255,900	EPS005	30	\$1,599,255	\$200,000	CCF22	30	\$1,599,255	\$32,000	14-11	30	\$1,599,255	\$39,000	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,599,255	\$255,900			\$1,599,255	\$200,000			\$1,599,255	\$32,000			\$1,599,255	\$39,000		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010212294		MENA MENIETA INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 65 #59-21 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7979355	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	972199194	9475157900	I	2024/10/23	2024/10/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$526,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,900	\$0	\$0	\$255,900	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$255,900	\$0	\$0	\$255,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$32,000	\$0	\$0	\$32,000	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$32,000	\$0	\$0	\$32,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000	
TOTAL				1	\$526,900	\$0	\$0	\$526,900	

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

972199194

Destino de pago

APORTES EN LINEA

Motivo

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9475157900

Fecha

10/10/2024

Número de aprobación

00199194

Dirección IP

191.156.177.219

Valor transacción

\$ 526.900,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

191.156.188.190

Referencia 2

CC

Referencia 3

1010212294

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

¿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		
☐	ARL SURA 1010212294 CTO 5987-2024.pdf	ARL SURA 1010212294 CTO 5987-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	CUENTA JUNIO-CTO 5987-2024.pdf (Archivado)	CUENTA JUNIO-CTO 5987-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO-CTO 5987-2024.pdf	CUENTA JULIO-CTO 5987-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA AGOSTO-CTO 5987-2024.pdf (Archivado)	CUENTA AGOSTO-CTO 5987-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO-CTO 5987-2024....pdf	CUENTA JUNIO-CTO 5987-2024....pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO-CTO 5987-2024..pdf	CUENTA AGOSTO-CTO 5987-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE-CTO 5987-2024..pdf	CUENTA SEPTIEMBRE-CTO 5987-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
				<div>Borrar</div>	<div>Cargar nuevo</div>

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>