Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-12-01	**Hasta:**	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	MARIBEL CRUZ SEGURA		**Número de Documento:**	24163895	
Correo Electrónico:	maribellcruzs12@gmail.com		**Número Telefónico:**	3105725070	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7474-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
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
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-20		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-11-01	2024-12-31	1	$ 3998136	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 3998136	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 1999068
2	NOVIEMBRE	$ 3998136

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	DICIEMBRE	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5997204	**$ 13993476**	**$ 9995340**	**$ 3998136**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado institucionales.	-Implementación del plan de cuidado propuesto para cada una de las instituciones priorizadas	-Formato Plan de cuidado institucional y formato de sesiones colectivas
2	2. Brindar consejería en salud sexual y reproductiva aplicar pruebas rápidas en VIH-SIFILIS Y HEPATITIS B, asesorías pretest, postest y seguimiento a casos con resultado positivo	-Se brinda consejería y educación en salud sexual y reproductiva, se realiza asesoría pretest aplicación de pruebas rápidas VIH-Sífilis -Hepatitis B y correspondiente asesoría post-test, en caso de resultado positivo o reactivo se realiza seguimiento permanente de caso	-Formatos SISCO totalmente diligenciados, matriz seguimiento a casos priorizados retroalimentada
3	3.Identificar y riesgos en la población abordada para notificación eventos de interés en salud pública y activación de rutas integrales de salud.	-Realizar plan institucional que permita la formulación y desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación para la salud, así como de gestión integral de riesgos identificados.	-Formato de plan de cuidado institucional, sesiones colectivas y demás formatos establecidos
4	4. Diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento de la secretaria distrital y/o institucional y elaboración de informes según competencia.	-Se realiza diligenciamiento del formato de canalizaciones en magnético de casos con riesgo en salud identificados y envió al profesional de activación de rutas del entorno institucional	-Formato correspondiente Activación de ruta
5	5. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Alimentar los informes y matrices relacionadas con la ejecución del producto 15 instituciones diferenciales, en los tiempos requeridos	-Informe mensual y diferentes matrices correspondientes al proceso
6	6. Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Realizar jornadas y actividades solicitadas teniendo en cuenta el portal de servicios ofertados de la E.S.E	-Acta de encuentros de entorno institucional y secretaria distrital de salud informes requeridos según corresponda y demás formatos solicitados
7	7. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Presentación de soportes según las especificaciones de gestión documental	-Carpetas foliadas y rotuladas según los direccionamientos de gestión documental
8	8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Reunión de equipo institucional, asistencia técnica SDS	-Acta de encuentros de entorno institucional y secretaria distrital de salud

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 3998136
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9478347405	-		
2025	**NOVIEMBRE**	**2024**	**12**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1599254	$ 255881	**$ 255900**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870404128

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIBEL CRUZ SEGURA	2024-12-11 21:05:25
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-12-13 22:43:25
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-15 14:18:50
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-01-17 15:39:48

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 GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24163895		CRUZ SEGURA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 87 N 17 - 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1119683477	9478347405	I	2024/12/23	2024/12/12	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)					$1,599,280	$255,900			$1,599,280	$200,000			$1,599,280	$32,000			$1,599,280	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,280	$255,900			$1,599,280	$200,000			$1,599,280	$32,000			$1,599,280	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,599,280	$255,900			$1,599,280	$200,000			$1,599,280	$32,000			$1,599,280	$39,000		$0	$0
1	CC	24163895	CRUZ MARIBEL	231001	30	$1,599,280	$255,900	EPS008	30	$1,599,280	$200,000	CCF24	30	$1,599,280	$32,000	14-11	30	$1,599,280	$39,000	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,599,280	$255,900			$1,599,280	$200,000			$1,599,280	$32,000			$1,599,280	$39,000		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24163895		CRUZ SEGURA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 87 N 17 - 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1119683477	9478347405	I	2024/12/23	2024/12/12	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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,000	$0	$0	$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$526,900	$0	$0	$526,900

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1119683477

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9478347405

Fecha
11/12/2024

Número de aprobación
00683477

Dirección IP
186.86.33.230

Valor transacción
$ 526.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.86.33.230	CC	24163895

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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		
☐	7474_CTO_2024_OCTUBRE_2024.pdf	7474_CTO_2024_OCTUBRE_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7474_CTO_2024-NOVIEMBRE_2024.pdf	7474_CTO_2024-NOVIEMBRE_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >