

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	DIANA CAROLINA FARFAN LOPEZ		Número de Documento:	1019045854	
Correo Electrónico:	krolinafar@hotmail.com		Número Telefónico:	3138594443	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7418-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2537
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	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	184	92	13372	\$3690672	150%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3690672	TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2024-11-05		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	\$ 3690672	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	\$ 3690672	2815
3	2024-12-01	2024-12-31	3	\$ 1230224	2853
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		NOVIEMBRE		\$ 3690672	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	DICIEMBRE	\$ 3690672	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 2460448	\$ 11072016	\$ 7381344	\$ 3690672
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Sistematizar información recolectada en las herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-1. Diligenciamiento completo y oportuno en el drive de la información recolectada.	-1. Formato dispuesto para la actividad
2	Diseñar piezas comunicativas de acuerdo a las necesidades identificadas.	-2. No aplica.	-2. No aplica.
3	Realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, Sífilis y Hepatitis B para realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, Sífilis y Hepatitis B con resultado positivo.	-3. Diligenciamiento completo y oportuno en el drive de casos positivos de VIH y sífilis	-3. Formato dispuesto para estos casos.
4	Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación identificar el riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.	-4. Realizar acciones de IEC y socialización de piezas informativas con las líneas de prevención y acompañamiento psicológico	-4. Ficha técnica de campo y Actas
5	Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios.	-5. Desarrollo de actividades en el espacio a habitantes en calle con el fin de prevenir enfermedades transmisibles a otros habitantes.	-5. Formatos dispuestos
6	Realizar asesorías pretest, post-test y tamizaje VIH, y test Sífilis	-6. Se realizan pruebas DUO de VIH y sífilis a población en habitanza de calle y carreteros.	-6. Actas y formato de acciones colectivas
7	Canalizar y activar las diferentes rutas integrales de atención en salud.	-7. Desarrollar actividades de rutas integrales de atención en salud a habitantes de calle.	-7. Formato de canalizaciones y matriz de seguimientos
8	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-8. Efectuar acompañamiento y apoyo en las diferentes actividades dispuestas por los líderes	-8. Actas, formatos y listas de asistencia
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-9. Cumplir con la gestión documental de acuerdo a los lineamientos dispuestos.	-9. Actas y entrega de productos en formatos dispuestos
10	Realizar toma de medidas antropométricas, cifras tensionales, y brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en acciones seguras y saludables.	-10. No se realiza actividad en el periodo a certificar.	-10. No aplica
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-11. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas desde el nivel central y/o del líder del espacio.	-11. Firma de actas y listados de asistencia.

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		\$ 3690672
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9477888891	-			
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1476269	\$ 236203	\$ 236400	
Salud					FAMISANAR		\$ 184534	\$ 184700	
ARL				3	SURA		\$ 35962	\$ 36100	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 428443	\$ 457200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	451800159035		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DIANA CAROLINA FARFAN LOPEZ			2024-12-11 17:29:14	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DIANA CAROLINA FARFAN LOPEZ			2024-12-14 12:27:36	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA			2024-12-15 11:00:48	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-12-16 16:44:01	
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 15:39:53	

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 19:26:20

Diana Carolina Fa...



Configuraciones del usuario
Diana carolina farfan lopez
CAT: 0170825

Configuración Entidad
Estatul / Proveedor

10 Dic, 2024(UTC -5) 19:26:20

Salir

Búsqueda	Mis procesos	Menú	Ir a
----------	--------------	------	------

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

Datos guardados

Cancelar

<

Evalua

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
☐ ARL SURA 1019045854 CTO 7418-2024.pdf	ARL SURA 1019045854 CTO 7418-2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ CUENTA NOVIEMBRE CTO 7418-2024.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7418-2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



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 1019045854		FARFAN LOPEZ DIANA CAROLINA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		AV CALLE 153 # 115-80		BOGOTA-BOGOTA D.E.		6887148	Si				
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	28593355	9478897184	N	2024/12/12	2024/12/13	BANCO DE OCCIDENTE	1	\$55,000								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																	
EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$176,269	\$28,300			\$176,269	\$22,100			\$0	\$0			\$176,269
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$176,269	\$28,300			\$176,269	\$22,100			\$0	\$0			\$176,269
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$176,269	\$28,300			\$176,269	\$22,100			\$0	\$0			\$176,269
1	CC 1019045854	FARFAN DIANA	230201	30	(\$1,300,000)	(\$208,000)	EP5017	30	(\$1,300,000)	(\$162,500)		0	\$0	\$0	14-11	30	(\$1,300,000)
2	CC 1019045854	FARFAN DIANA	230201	30	\$1,476,269	\$236,300	EP5017	30	\$1,476,269	\$184,600		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,476,269
Total Afiliados (1)					\$176,269	\$28,300			\$176,269	\$22,100			\$0	\$0			\$176,269



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 1019045854		FARFAN LOPEZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CALLE 153 # 115-80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6887148	Si	
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	28593355	9478897184	N	2024/12/12	2024/12/13	BANCO DE OCCIDENTE	1	\$55,000
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,300	\$100	\$0	\$28,400	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$28,300	\$100	\$0	\$28,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,300	\$100	\$0	\$4,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$4,300	\$100	\$0	\$4,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$22,100	\$100	\$0	\$22,200	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$22,100	\$100	\$0	\$22,200	
TOTAL				1	\$54,700	\$300	\$0	\$55,000	



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 1019045854			FARFAN LOPEZ DIANA CAROLINA			INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		AV CALLE 153 # 115-80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6887148	Si						
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	7788891		947788891		I	2024/12/12	2024/12/11	BANCO AV VILLAS			0		\$402,200					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	
1	CC	1019045854	FARFAN DIANA	230201	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS017	30	\$1,300,000	\$162,500	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,300,000	
Total Afiliados(1)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	



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 1019045854		FARFAN LOPEZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CALLE 153 # 115-80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6887148	Si	
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	77888891	9477888891	I	2024/12/12	2024/12/11	BANCO AV VILLAS	0	\$402,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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	
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	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200	