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:	JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN		**Número de Documento:**	1032468926	
Correo Electrónico:	caroll17.cm@gmail.com		**Número Telefónico:**	3124466947	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7535-2024	**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
K29PI	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		2024-10-19		**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. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo.	Cumplimiento respecto a metas propuesta para Producto 65: Prevención de eventos en salud mental y problemas psicosociales En Instituciones Priorizadas Y No Priorizadas Dentro De Las Localidades Tunjuelito Ciudad Bolívar.	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en salud mental de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	Realizar concertaciones y cronograma, En Temas Relacionados prevención del hostigamiento escolar o bullying, conductas de riesgo derivadas del uso de redes sociales y tecnologías de la información TIC, racismo y discriminación étnico – racial, estrés y algunos eventos de interés en salud mental como las violencias y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas .Ejecutar sesiones y realizar soportes de sesiones colectivas de las Instituciones intervenidas.	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud mental.	Desarrollar sesiones colectivas e individuales para la prevención, la escucha y psicoeducación en salud mental. Donde se promueva el reconocimiento de factores de riesgo, fortalezcan recursos propios y factores protectores determinantes para el bienestar emocional de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes y promover estrategias de afrontamiento. .	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
4	4. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones.	Realizar seguimiento y abordaje de casos notificados, mediante los temas definidos por lineamiento	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
5	5. realizar intervencion a casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificacion por parte de las instituciones educativas de acuerdo al lineamiento.	Realizar seguimiento y abordaje de casos notificados, mediante los temas definidos por lineamiento	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
6	6. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis.	Se realiza sensibilización de uso frente a línea 106 y líneas de apoyo del distrito, si mismo herramientas para afrontar y regular emociones en las diferentes sesiones ejecutadas.	Se realiza sensibilización de uso frente a línea 106 y líneas de apoyo del distrito, si mismo herramientas para afrontar y regular emociones en las diferentes sesiones ejecutadas.
7	7. orientacion y canalizacion a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	-Realizar canalizaciones a las rutas establecidas y dar seguimiento acorde a la necesidad del usuario	-Realizar canalizaciones a las rutas establecidas y dar seguimiento acorde a la necesidad del usuario

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	Se realiza sensibilización de uso frente a línea 106 y líneas de apoyo del distrito, si mismo herramientas para afrontar y regular emociones en las diferentes sesiones ejecutadas.	-Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
9	9. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectad en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Realizar la entrega oportuna según lo acordado con profesionales de apoyo	Realizar la entrega oportuna según lo acordado con profesionales de apoyo
10	10. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	Realizar la entrega oportuna en los días acordados con profesionales de apoyo y las duplas. -Formato De Sesiones Colectivas Y Narrativas Tablero De Control	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
11	11. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	realizar entrega de soportes y actividades establecidas por líderes y profesionales de apoyo con las indicaciones realizadas y con criterios de calidad.	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental	-Realizar entrega de soportes de manera ordenada, sin tachones o enmiendas, con códigos relacionados en instructivos y con datos claros.	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
13	13.informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	Realizar reporte de novedades en tiempos que no afectan la meta o las acciones definidas	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Realizar acciones y actividades establecidas y demás asignadas por supervisor de contrato	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas -

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	81645099	-		
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11				

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	PORVENIR	$ 1599254	$ 255881	**$ 275000**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 214900**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 42000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 531900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570004870409564

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN	2024-12-12 20:52:55
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-12-13 11:51:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-13 19:50:22
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 15:39:55

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

© Siasur - 2025

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		
☐	CUENTADECOBRO-OCTUBRE-CTO7535-2024.pdf	CUENTADECOBRO-OCTUBRE-CTO7535-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADECOBRO-NOVIEMBRE-CTO7535-2024.pdf	CUENTADECOBRO-NOVIEMBRE-CTO7535-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032468926	JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN	CRA 18 No 60 G -36-SUR	3124466947	caroll17.cm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	81645099	$542.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	214.100	0		0		0	5	800	0	214.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	274.000	0	0	0	0	5	1.000	0	275.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	41.800				41.800	5	200	42.000			418	42.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.300	5	100	10.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	214.100	214.900
Pensión	1	274.000	275.000
Riesgos Laborales	1	41.800	42.000
CCF	1	10.300	10.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	540.200	542.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032468926	JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN		CRA 18 No 60 G -36-SUR	3124466947	caroll17.cm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	81645099	$542.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032468926	MORENO VILLAIZAN JENNY CAROLINA	59	0			N																	230301	1.712.245	274.000	0	0	0	0	EPS008	1.712.245	214.100	14-11	1.712.245	3	41.800	CCF24	1.712.245	10.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información