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:	ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN		**Número de Documento:**	1018474569	
Correo Electrónico:	ANG07MON@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3205613262	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7180-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 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
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	25071	$4613064	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4613064**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS**					

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-21		**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	$ 4613064	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 4613064	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 2306532
2	NOVIEMBRE	$ 4613064
3	DICIEMBRE	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6919596	**$ 16145724**	**$ 11532660**	**$ 4613064**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar investigación epidemiológica de campo (iec) de eventos de interés en salud publica en salud mental.	-Se ejecutan 184 horas de labores relativas a Investigaciones epidemiológicas de campo, las cuales -de acuerdo a lineamientos vigentes corresponden a 31 casos efectivos (6 horas x caso) cerrados y ejecutados, según notificación recibida vía correo electrónico, teniendo en cuenta contacto inicial, programación de visita y desarrollo de IEC, así como seguimientos telefónicos de los eventos reportados. Sumado a ello se realiza la gestión administrativa de casos fallidos.	-Diligenciamiento de bases de control de casos, entrega de productos en pdf y actualización en aplicativos. Consentimientos informados físicos de los 31 casos efectivos.
2	2. realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes.	-Diligenciamiento de bases de control de casos y actualización de casos en aplicativo SIVIM	-Bases de control de casos y actualización aplicativo SIVIM.
3	3. registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	-Diligenciamiento de bases para actualización de casos en aplicativos de los subsistemas de vigilancia en salud mental, según necesidades específicas por caso. Entrega de productos en pdf y actualización en aplicativos de la información correspondiente a los 31 casos ejecutados durante el periodo de certifcación.	-Diligenciamiento de bases de control de casos, entrega de productos en pdf y actualización en aplicativos de la información correspondiente a 28 casos efectivos y 3 paquetes de fallidos (3x1) cerrados en el mes.
4	4. identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad, reportando a los entes competentes.	-Dentro de la labor de IEC se lleva a cabo la caracterización e identificación de necesidades para cada uno de los casos efectivos (31 casos a razón de 6 horas de ejecución)	-Dentro de la labor de IEC se lleva a cabo la caracterización e identificación de necesidades para cada uno de los casos efectivos (31 casos a razón de 6 horas de ejecución).
5	5. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	-Se realizan 13 activaciones de rutas a SIRC y salud pública, de acuerdo con las necesidades de cada uno de los casos notificados para mi ejecución, atendiendo los criterios del subsistema y las necesidades de las familias abordadas, para los 31 casos efectivos, y los casos fallidos cerrados durante el periodo certificado.	-Formatos de canalización a SIRC y soporte del envío por correo electrónico, entregados en pdf.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	-La actividad no corresponde a este periodo de certificación.	-La actividad no corresponde a este periodo de certificación.
7	7. realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable.	-La actividad no corresponde a este periodo de certificación. Diligenciamiento de bases de control de casos, actualización de casos y proceso de concordancia en aplicativo SIVIM.	-Correos electrónicos enviados a distintas EPS, según la condición de aseguramiento en salud de los usuarios.
8	8. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad	-Participación en reunión presencial de componente	-Actas de reunión, listados de asistencia.
9	9. presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	-Se entregan los formatos físicos (consentimientos) de cada caso y se diligenciaron los formatos establecidos para IEC efectivas, formato de canalización a SIRC y formato para reporte de fallidos).	-Carpetas en pdf organizadas por localidad y Subsistema (SIVIM) según criterio de casos (fallidos, efectivos). Compartidas a través de drive a correos institucionales de los Subsistemas referidos. Consentimientos informados entregados de forma física.
10	10. realizar Realizar acompañamiento técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui.	-La actividad no corresponde a este periodo de certificación.	-La actividad no corresponde a este periodo de certificación.
11	11. realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	-La actividad no corresponde a este periodo de certificación.	-La actividad no corresponde a este periodo de certificación.
12	12. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	-Se entregan los formatos físicos (consentimientos) de cada caso y se diligenciaron los formatos establecidos para IEC efectivas, formato de canalización a SIRC y formato para reporte de fallidos).	-Diligenciamiento de bases de control de casos, entrega de productos en pdf y actualización en aplicativos. Consentimientos informados físicos de los casos efectivos.
13	13. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E.	-Participación en reunión presencial de la ULC 06/12/2024	-Actas de reunión, listados de asistencia
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-La actividad no corresponde a este periodo de certificación.	-La actividad no corresponde a este periodo de certificación.

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	$ 4613064
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7949138873	-		
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1845226	$ 295236	**$ 295300**
Salud		FAMISANAR		$ 230653	**$ 230700**
ARL	3	SURA		$ 44950	**$ 45000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	**$ 571000**

INFORMACIÓN DE PAGO

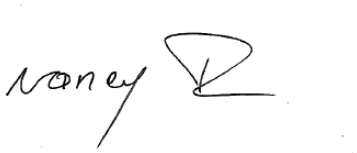
Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	887007433

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN	2024-12-11 18:43:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2024-12-14 10:02:55
RECHAZADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-15 08:18:19
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN	2024-12-15 09:39:23
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2024-12-15 11:37:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-16 14:01:04
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.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

© Siasur - 2025

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1018474569
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE PAOLA MONTOYA BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TV 65 59 21 SUR	TELÉFONO:	4759410
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7949138873**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/11			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1116873778

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 295.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 295.300	$ 0	$ 295.300
SUBTOTALES:										**$ 295.300**	**$ 0**	**$ 295.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 230.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.700	$ 0	$ 0	$ 230.700
SUBTOTALES:													**$ 230.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 230.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 45.000	$ 45.000	$ 0	$ 0	$ 45.000
SUBTOTALES:									**$ 45.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 45.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD					ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1018474569	MONTOYA BELTRAN ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.816.518				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 1.845.226	$ 295.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 295.300	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.845.226	$ 230.700	$ 0	$ 230.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.845.226	101847456	$ 45.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 571.000**

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

< 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		
☐	CUENTA_OCTUBRE_CTO 7180-2024.pdf	CUENTA_OCTUBRE_CTO 7180-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_NOVIEMBRE_CTO 7180-2024.pdf	CUENTA_NOVIEMBRE_CTO 7180-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >