

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2024-12-01	<b>Hasta:</b>	2024-12-09
<b>Nombre del Contratista:</b>	MIGUEL ANGEL MELO ORTIZ		<b>Número de Documento:</b>	1233693034
<b>Correo Electrónico:</b>	miguel99psicologo@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3222245437
<b>Nombre del Supervisor:</b>	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	<b>Código Grado:</b> - 242-25

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	7577-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	2545
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV-EBE				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS SANTA MARTA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	55	0	28414	\$1562770	89.7%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 1562770</b>	<b>UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTAPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-10-20			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-11-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-11-01	2024-12-09	1	\$ 1341246	2545
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	OCTUBRE			\$ 2386776	
2	NOVIEMBRE			\$ 5228176	
3	DICIEMBRE			\$ 1562770	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 7842159	\$ 9183405	\$ 9177722	\$ 5683

	<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1	1. Apoyar en la supervisión y validación del funcionamiento del servicio en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia en los diferentes procesos.	-Brindar línea técnica a profesionales según lo establecido en lineamientos para cada producto.	-Acta de apropiación conceptual
2	2. Articular con profesionales líderes del grupo de apoyo para Validar la ejecución efectiva de las acciones.	-Brindar línea técnica a profesionales según lo establecido en lineamientos para cada producto.	-Acta de apropiación conceptual
3	3. Realizar Acompañamiento a comités y reuniones convocados por la Secretaría de Salud para presentar avances y cumplimiento de metas.	-Brindar línea técnica a profesionales según lo establecido en lineamientos para cada producto.	-Acta de apropiación conceptual
4	4. Dar Cumplimiento a las obligaciones establecidas en el clausulado, según la matriz programática de la Secretaría de Salud, realizando agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo en territorios priorizados.	-Elaboración de informes, reportes, matrices, indicadores y demás de acuerdo a producto asignado del entorno hogar y a solicitud de SDS.	-Acta de apropiación conceptual
5	.5. Entregar informes de gestión y productos conforme a los compromisos establecidos en el Convenio y gestionar reportes requeridos por la Secretaría de Salud.	-Participar en espacios de reunión convocadas desde el nivel central	-Acta de apropiación conceptual
6	6. Formular planes de trabajo y cronogramas semanales para los equipos a cargo, basados en proyecciones del grupo de Geografía	-Ejecutar acciones que requieran por parte de los EBEH que fortalezcan las actividades misionales.	-No aplica para este mes
7	7. Generar informes, indicadores y reportes de acciones según solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la Secretaría de Salud.	-Elaboración de informes, reportes, matrices, indicadores y demás de acuerdo a producto asignado del entorno hogar y a solicitud de SDS.	-No aplica para este mes
8	8. Realizar seguimiento de manera semanal, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.	-Realizar recepción de productos y proceso de precritica a los mismos, como también retroalimentación a los equipos operativos y a las bases de datos.	-No aplica para este mes
9	9.Participar en la planeación y ejecución en las actividades de fortalecimiento técnico, comité del cuidado y reunión del equipo básico extramural.	-Apoyo al proceso de alistamiento, convocatoria y ejecución de los fortalecimientos convocados desde nivel central	-Acta y listados de asistencia
10	10. Realizar seguimiento, monitoreo y análisis de indicadores de proceso, incluyendo reportes de visitas, cumplimiento de canalizaciones y remisiones a rutas de atención sectorial e intersectorial	-Realizar recepción de productos y proceso de precritica a los mismos, como también retroalimentación a los equipos operativos y a las bases de datos.	-No aplica para este mes
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Ejecutar acciones que requieran por parte de los EBEH que fortalezcan las actividades misionales.	-No aplica para este mes

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11	82584844	-	\$ 5228176	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEIS PESOS			
Ítem				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2091270	\$ 334603	\$ 335200
Salud					SÁNTITAS		\$ 261409	\$ 261900
ARL				3	SURA		\$ 50943	\$ 51100
Caja de Compensación				NO			<b>Total</b>	<b>\$ 606928</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4902025065		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN			USUARIO		FECHA			
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			MIGUEL ANGEL MELO ORTIZ		2024-12-11 19:11:09			
ACEPTADO SUPERVISIÓN			YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2024-12-14 14:55:57			
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-12-14 16:58:10			
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 15:40:01			

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**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233693034	MIGUEL ANGEL MELO ORTIZ		Carrera 70 # 22 - 75	7522425	churta99@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

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	82584844	\$648.200	

**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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	261.500	0		0		0	2	400	0	261.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	334.700	0	0	0	0	2	500	0	335.200	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	51.000				51.000	2	100	51.100			510	51.100	1

**TOTALES CAJAS**

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

**TOTALES PARAFISCALES**

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	2	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	2	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	261.500	261.900
Pensión	1	334.700	335.200
Riesgos Laborales	1	51.000	51.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>647.200</b>	<b>648.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233693034	MIGUEL ANGEL MELO ORTIZ		Carrera 70 # 22 - 75	7522425	churta99@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82584844	\$648.200		

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1233693034	MELO ORTIZ MIGUEL ANGEL	59	0			N																	25-14	2.091.270	334.700	0	0	0	0	EPS005	2.091.270	261.500	14-11	2.091.270	3	51.000		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

 **Scotiabank**

 **COLPATRIA**



**Pago por PSE**  
**-\$648.200.00**

---

Detalles

**Pago por pse**  
**miplanilla.com pago proteccion**  
**cus: 001116705828**

---

Fecha

**Martes, 10 de diciembre de 2024**

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

**VER CONTRATO**

3 Bienes y servicios

**Ejecución del Contrato**

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje  Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

**Plan de Pagos**

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No

7 **Ejecución del Contrato**

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	Cuenta OCTUBRE 2024 CTO 7577 - 2024.pdf	Cuenta OCTUBRE 2024 CTO 7577 - 2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Cuenta NOVIEMBRE 2024 CTO 7577 - 2024.pdf.pdf	Cuenta NOVIEMBRE 2024 CTO 7577 - 2024.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>