

**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>	JOSSIE DELGADO SALAZAR		<b>Número de Documento:</b>	236305
<b>Correo Electrónico:</b>	Jossdesa@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3196634858
<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>	7865-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	2545
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3-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	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	13	0	38146	\$495898	21.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 495898</b>	<b>CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHOPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-10-28			<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	\$ 0	0
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	OCTUBRE			\$ 915504	
2	NOVIEMBRE			\$ 1678424	
3	DICIEMBRE			\$ 495898	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10528158		\$ 10528158	\$ 3089826	\$ 7438332
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS.	-se realiza apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-acta y listado	
2	Realizar visita domiciliaria familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos.	-no aplica para este periodo	-no aplica para este periodo	
3	Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes.	-se desarrollan las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes	-plataforma de cargue de informacion	
4	Realizar activación de ruta, derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento.	-no aplica para este periodo	-no aplica para este periodo	
5	Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento	-no aplica para este periodo	-no aplica para este periodo	
6	Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizando la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	-no aplica para este periodo	-no aplica para este periodo	
7	Participar en reuniones, asistencias técnicas, comité del cuidado convocadas por la subred y/o SDS.	-se participa en reuniones, asistencias técnicas, comité del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	-actas y listados	
8	Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS.	-se presenta informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	-plataforma sds	
9	Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS y recomendaciones del coordinador.	-no aplica para este periodo	-no aplica para este periodo	
10	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-no aplica para este periodo	-no aplica para este periodo	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur - Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

<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>
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-se realizan las actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-drive y plataforma sds

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 1678424
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2024	12	04	9477427249	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATROPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				SI	PENSIONADO	\$ 671370	\$ 107419	\$ 0
Salud					COMPENSAR		\$ 83921	\$ 162700
ARL				3	SURA		\$ 16355	\$ 31800
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 194845</b>	<b>\$ 194500</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	04665486619

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSSIE DELGADO SALAZAR	2024-12-11 20:51:36
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSSIE DELGADO SALAZAR	2024-12-14 08:31:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-12-14 09:00:16
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-14 15:34:43
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 15:39:58

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 GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CE 236305		DELGADO SALAZAR JOSSIE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 70D # 63 - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

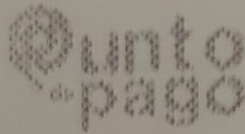
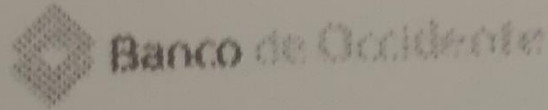
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	25884186	9477427249	I	2024/12/03	2024/12/04	BANCO DE OCCIDENTE	1	\$194,500

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$0	\$0			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$0	\$0			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
1	CE	236305	DELGADO JOSSIE		0	\$0	EPS008	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$0	\$0			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CE 236305		DELGADO SALAZAR JOSSIE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 70D # 63 - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	25884186	9477427249	I	2024/12/03	2024/12/04	BANCO DE OCCIDENTE	1	\$194,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$100	\$0	\$31,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$100	\$0	\$31,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$200	\$0	\$162,700	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$162,500	\$200	\$0	\$162,700	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$194,200</b>	<b>\$300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$194,500</b>	



## RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 04/12/2024 Hora: 15:08:39

Id Comercio: 20243 No. Terminal: 10752

Id Trx: 47818369 Id Aut: 884186

Comercio: PDP - KIOSCO-OLIMPICA  
NORMANDIA

Dirección: AV BOYACA 53 12

### RECAUDO DE FACTURAS

### TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA

Código convenio: 1506

Referencia de pago: 9477427249

Valor: \$194.500.0

### \*\*\*REIMPRESIÓN\*\*\*

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este ticket implica su aceptación, verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 20:33:13

Jossie Delgado Sa...



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

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

### 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					

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> ARL SURA 236305 CTO 7865-2024.pdf	ARL SURA 236305 CTO 7865-2024.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA NOV CTO 7865-2024.pdf	CUENTA NOV CTO 7865-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y  
CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

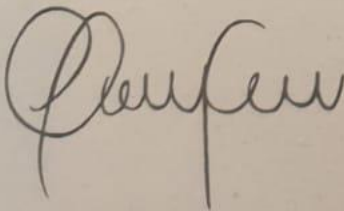
Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) JOSSIE DELGADO SALAZAR, identificado(a) con Documento No. 236,305, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Ene.08/20	DEVOLUCION_SALDOS	\$9,644.00
May.24/19	DEVOLUCION_SALDOS	\$10,226,681.00
Sep.05/18	DEVOLUCION_SALDOS	\$12,309,852.00
Oct.25/17	DEVOLUCION_SALDOS	\$78,410,640.00

Así las cosas el(la) Señor(a) JOSSIE DELGADO SALAZAR, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 08 días del mes de Octubre de 2024.

Cordialmente,



---

Gerente de Clientes