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:**	2025-01-02	**Hasta:**	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	ANGIE KATHERINE FAGUA POVEDA		**Número de Documento:**	1022383709	
Correo Electrónico:	kathe.fagua@gmail.com		**Número Telefónico:**	3115646393	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1800-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
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	$4613064	103.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4613064**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 4613064	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31215107	**$ 31215107**	**$ 4613064**	**$ 26602043**

© Siasur - 2025

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	- Alistamiento, caracterización y cierre de Investigaciones Epidemiológicas de Campo de la conducta Suicida desde el subsistema Sisvecos	- 31 IEC
2	2. realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes.	- Verificar con usuario cada una de las variables en la IEC e ingresar posterior al aplicativo ajustes	- Formatos de 31 IEC
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.	- Realización de tamizajes según población	- 31 IEC con sus respectivos tamizajes
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.	- Identificación de riesgos individuales y colectivos durante el desarrollo de IEC	- 31 IEC y activaciones de ruta correspondientes
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	- Activación de ruta a salud según necesidad identificada en la IEC	- Formatos y correos de canalizaciones realizadas
6	6. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	- Actividades de capacitación - inducción convocadas	- Actas de asistencia
7	7. realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable.	- Ingreso a aplicativo de IEC	- 31 IEC con información verificada
8	8. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	- Reuniones convocadas	- Actas 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.	- Presentación de consentimientos informados	- Consentimientos informados de IEC
10	10. realizar Realizar acompañamiento técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui.	- Actividad no realizada para el periodo certificado	- Actividad no realizada para el periodo certificado
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.	- Actividad no realizada para el periodo certificado	- Actividad no realizada para el periodo certificado
12	12. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	- Entrega de archivos físicos y digitales correspondientes a IEC efectivas y fallidas.	- Archivos de IEC efectivas y fallidas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	- Asistencia a espacios a los que convocaron	- Listados de asistencia
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Actividad no realizada para el periodo certificado	- Actividad no realizada para el periodo certificado

© Siasur - 2025

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**	9479866137	-		
2025	**ENERO**	**2025**	**01**	**03**				

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	**$ 296000**
Salud		FAMISANAR		$ 230653	**$ 231300**
ARL	3	SURA		$ 44950	**$ 45100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	**$ 572400**

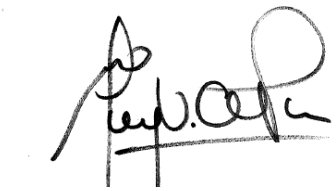
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	2300208598

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE KATHERINNE FAGUA POVEDA	2025-01-23 15:58:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-01-27 14:32:47
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-27 16:23:59
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	2025-02-19 16:31:19

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

aportes en línea

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 1022383709		FAGUA POVEDA ANGIE KATHERINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1d no 25a 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1170217283	9479866137	I	2025/02/05	2025/01/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$572,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0
1	CC	1022383709	FAGUA ANGIE	230301	30	$1,850,000	$296,000	EPS017	30	$1,850,000	$231,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,850,000	$45,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0

aportes en línea

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 1022383709		FAGUA POVEDA ANGIE KATHERINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1d no 25a 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1170217283	9479866137	I	2025/02/05	2025/01/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$572,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$296,000	$0	$0	$296,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$296,000	$0	$0	$296,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,100	$0	$0	$45,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,100	$0	$0	$45,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$231,300	$0	$0	$231,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$231,300	$0	$0	$231,300
TOTAL				1	$572,400	$0	$0	$572,400

aportes en línea

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 1022383709		FAGUA POVEDA ANGIE KATHERINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1d no 25a 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1116965545	9477492261	I	2025/01/07	2024/12/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$572,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0
1	CC	1022383709	FAGUA ANGIE	230301	30	$1,850,000	$296,000	EPS017	30	$1,850,000	$231,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,850,000	$45,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0

aportes en línea

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 1022383709		FAGUA POVEDA ANGIE KATHERINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1d no 25a 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1116965545	9477492261	I	2025/01/07	2024/12/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$572,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$296,000	$0	$0	$296,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$296,000	$0	$0	$296,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,100	$0	$0	$45,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,100	$0	$0	$45,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$231,300	$0	$0	$231,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$231,300	$0	$0	$231,300
TOTAL				1	$572,400	$0	$0	$572,400

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		
☐	Cuenta Octubre Cto. 7253-2024.pdf	Cuenta Octubre Cto. 7253-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Noviembre Cto. 7253-2024.pdf	Cuenta Noviembre Cto. 7253-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Diciembre Cto. 7253-2024.pdf	Cuenta Diciembre Cto. 7253-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >