| | | |
|---|---|---|
| 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:** | MARIA DELIA ASENCIO | | **Número de Documento:** | 40614934 | |
| **Correo Electrónico:** | madean-2530@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3212273989 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | **Cargo:** | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1767-2025 | **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** |

| 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 | ---------Elaboración de 31 casos correspondiente al evento , las cuales son 29 IEC efectivas y 2 paquetes fallido | --------La evidencia se encuentra en drive de salud mental, carpeta de vigilancia en salud pública |
| 2 | 2. realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes. | ----Verificación de datos de ficha de notificación | ---------envío de correo a líder operativo según cambios o ajuste |
| 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. | ----------Se realiza el respectivo deligenciamiento en el enlace de IEC y el seguimiento en el aplicativo correspondiente | ------Se realiza el respectivo deligenciamiento en el enlace de IEC y el seguimiento en el aplicativo correspondiente |
| 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. | ---------Activación de rutas por el SIR , activar redes de apoyo de apoyo el evento reportado ( 23 ACTIVACIONES A LA FECHA | -Envió de soportes 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 | ---Entrega apropiada de formato de canalización | -------Se realiza canalización segun casos identificado |
| 6 | 6. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación. | ----Se realiza asistencia a dos reuniones de manera presencial por parte de los líderes de vigilancia en salud pública. | ---Listado de asistencia |
| 7 | 7. realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable. | ---Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación | ---Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación |
| 8 | 8. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad. | -----Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación | ------Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación |
| 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. | --------Realizar la entrega oportuna y con calidad de cada uno de los soportes requeridos | -Soportes requeridos |
| 10 | 10. realizar Realizar acompañamiento técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui. | ----Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación | -------Esta 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. | ----------Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación | ----Esta 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. | -----Realizar la entrega oportuna y con calidad de cada uno de los soportes requeridos | --------Soportes requeridos |
| 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. | ----Esta actividad no corresponde a este periodo de certificació | ----------Esta actividad no corresponde a este periodo de certificació |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14 | 14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | ----Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación. | ------Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación |


***© 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 | 9479297891 | - | | |
| 2024 | DICIEMBRE | 2025 | 01 | 16 | | | | |
| 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 | COLFONDOS | $ 1845226 | $ 295236 | **$ 295300** |
| Salud | | SURA | | $ 230653 | **$ 230700** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 44950 | **$ 45000** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 535521** | **$ 571000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 450600132457 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARIA DELIA ASENCIO | 2025-01-23 20:17:48 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2025-01-27 16:16:03 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-01-28 13:21:31 |
| 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 16:31:14 |

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 40614934 | | ASENCIO MARIA DELIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 69 A N 2 B 42 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3212273989 | 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 | 1198545727 | 9479297891 | I | 2025/01/10 | 2025/01/16 | BANCO DAVIVIENDA | 6 | $573,300 |

**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)** | | | | | $1,845,235 | $295,300 | | | $1,845,235 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,235 | $45,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,845,235 | $295,300 | | | $1,845,235 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,235 | $45,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,845,235 | $295,300 | | | $1,845,235 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,235 | $45,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 40614934 | ASENCIO MARIA | 231001 | 30 | $1,845,235 | $295,300 | EPS010 | 30 | $1,845,235 | $230,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,845,235 | $45,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,845,235 | $295,300 | | | $1,845,235 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,235 | $45,000 | | $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 40614934 | | ASENCIO MARIA DELIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 69 A N 2 B 42 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3212273989 | 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 | 1198545727 | 9479297891 | I | 2025/01/10 | 2025/01/16 | BANCO DAVIVIENDA | 6 | $573,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $295,300 | $1,200 | $0 | $296,500 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $295,300 | $1,200 | $0 | $296,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $45,000 | $200 | $0 | $45,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $45,000 | $200 | $0 | $45,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $230,700 | $900 | $0 | $231,600 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $230,700 | $900 | $0 | $231,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $571,000 | $2,300 | $0 | $573,300 |

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA OCTUBRE-CTO7217.pdf | CUENTA OCTUBRE-CTO7217.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE-CTO 7217-2024.pdf | CUENTA NOVIEMBRE-CTO 7217-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE -CTO 7217-2024.pdf | CUENTA DICIEMBRE -CTO 7217-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >