

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-03	Hasta:	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	ANGIE VIVIANA CUELLAR GAVIRIA		Número de Documento:	1010220913	
Correo Electrónico:	angiecuellar9521@gmail.com		Número Telefónico:	3177631322	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1393-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	25071	\$4613064	107.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4613064	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-03	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 proceso de priorización de IPS públicas y privadas de la subred para el desarrollo de Realizar acompañamiento técnico y su periodicidad (alta, media o baja)	REALIZAR PRIORIZACIONES DE LAS UNIDADES DE LAS LOCALIDADES DE USME Y TUNJUELITO EN EL MES DE ENERO SIN CAMBIOS DE PRIORIZACIÓN	FORMATO EXCEL DONDE SE IDENTIFICA LAS PRIORIZACIÓN DE CADA UNA DE LAS UNIDADES DE LAS LOCALIDADES DE USME Y TUJUELITO
2	2. Dar Acompañamiento técnico a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	SE REALIZA 6 ASISTENCIAS TÉCNICAS (CRACTERIZACIÓN) Y SOCIALIZACIÓN DELM ES DE LA CONMEMORACIÓN A LA ELIMINACIÓN DE LA LEPRACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL MES DE ENERO	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ACTA CON LISTADO
3	3. Realizar visita domiciliaria de casos de tuberculosis sensible dentro del primer mes, al sexto mes y al año de iniciado el tratamiento y a personas con diagnóstico de Hansen dentro del primer mes de diagnosticado el caso para verificar inicio de tratamiento	SE REALIZA VISITAS DE PRIMERA VES 6 MESES Y 1 AÑO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TB DE LAS LOCALIDADES DE USME TUNJUELITO Y CIUDAD BOLIVAR EN ESTA LOCALIDAD HASTA EL DIA 17/01/2025	FORMATOS DE VISITA
4	4. Realizar visita domiciliaria a contactos de casos de mortalidad asociada a Tuberculosis sensible y farmacorresistente	SE REALIZA VISITA Y SEGUIMIENTO A CONTACTOS DE MORTALIDAD 3 VISITAS	FORMATO DE VISITA Y FORMATO DE SEGUIMIENTO
5	5. Realizar seguimiento telefónico a los contactos de pacientes fallecidos, que no recibieron ninguna visita por el programa local de Tuberculosis	NO SE REALIZA ACTIVIDAD DURANTE EL MES -	NO SE REALIZA ACTIVIDAD DURANTE EL MES -
6	6. Realizar visita domiciliaria a personas con diagnóstico de tuberculosis farmacorresistente y generar proceso de verificación de acceso a la atención integral por parte de la aseguradora.	SE REALIZAN 1 VISITA DOMICILIARIA LOCALIDAD DE USME	FORMATO DE VISITA FFR
7	7. Hacer la canalización de contactos de casos de TB sensible y FR, de acuerdo a criterios específicos definidos en el documento operativo	SE REALIZA ENVIO DE CORREO A EAPB PARA ATENCIONES DE CONTACTOS	ENVIO DE CORREO
8	8. Realizar activación de ruta de gestión del riesgo individual, en módulo de canalización SIRC a casos identificados en visitas domiciliarias con tuberculosis sensible/resistente y Hansen	SE REALIZA CANALIZACIÓN DE CONTACTOS	FORMATO SIRC
9	9. Realizar seguimiento a la calidad del dato en los libros de visitas domiciliarias de personas con Tuberculosis y Hansen	SE REALIZA CALIDAD DEL DATO DURANTE DOIGITACIÓN TECNICO QUE DIGITA NO ES DEL PROGRAMA	LISTADO Y DRIVE DE CARGUE DE VISITAS
10	10. Generar la Actualización de información y envío por correo electrónico de libro de pacientes de TB sensible 2023-2024 y farmacorresistente histórico 2024 según corresponda	SE REALIZA ENVIO DE INFORME TRIMESTRAL LOCALIDAD DE USME Y TUNJUELITO	CORREO
11	11. Definir la modalidad de supervisión del tratamiento de tuberculosis mediante las modalidades descritas en el Lineamiento Técnico y Operativo del Programa Nacional de Tuberculosis	SE REALIZA REVISIÓN DE TDO NO HAY CAMBIOS	FORMATO DE VISITAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12. Realizar solicitud de medicamentos de manera mensual o según requerimiento a la Secretaría Distrital de salud	SE REALIZA SOLICITUD EL DIA 08/01/2025 PARA LAS LOCALIDADES DE LA SUBRED SUR	ENVIO DE CORREO CON BASE Y PDF
13	13. Verificar con los auxiliares de enfermería del programa de la subred la concordancia del registro de kárdex de medicamentos, movimiento de medicamentos	SE REvisa LA CONCORDANCIA CON EL INFORME MENSUAL DE TÉCNICO Y EN ENVÍO DE MEDICAMENTO SE VERIFICAN LOS DATOS	ACTA
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	CAMPAÑA DE SOCIALIZACIÓN PARA ELIMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EL DIA 24/01/2025, ASISTENCIA A REUNION MENSUAL EN SDS EL DIA 23/01/2025, REUNION DE EQUIPO CON GEPISP	LISTADOS DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRAFICO

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados Mes Anterior	de el	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9479092895	-			\$ 4613064
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1845226	\$ 295236	\$ 297400	
Salud					SURA		\$ 230653	\$ 232400	
ARL				3	SURA		\$ 44950	\$ 45400	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 535521	\$ 575200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870497346		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANGIE VIVIANA CUELLAR GAVIRIA		2025-01-24 10:15:45		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-01-24 10:22:41		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-01-27 14:33:03		
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 16:31:18		

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010220913		CUELLAR GAVIRIA ANGIE VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 32 D BIS A SUR 12 D 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2395095	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-12	2024-12	1197128775		9479092895	I	2025/01/07	2025/01/16	BANCO DAVIVIENDA	\$612,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,848,000	\$295,700			\$1,848,000	\$231,000			\$1,848,000	\$37,000			\$1,848,000	\$45,100		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,848,000	\$295,700			\$1,848,000	\$231,000			\$1,848,000	\$37,000			\$1,848,000	\$45,100		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,848,000	\$295,700			\$1,848,000	\$231,000			\$1,848,000	\$37,000			\$1,848,000	\$45,100		\$0	\$0	
1	CC	1010220913	CUELLAR ANGIE	25-14	30	\$1,848,000	\$295,700	EPS010	30	\$1,848,000	\$231,000	CCF24	30	\$1,848,000	\$37,000	14-11	30	\$1,848,000	\$45,100	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,848,000	\$295,700			\$1,848,000	\$231,000			\$1,848,000	\$37,000			\$1,848,000	\$45,100		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010220913		CUELLAR GAVIRIA ANGIE VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 32 D BIS A SUR 12 D 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2395095	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-12	2024-12	1197128775		9479092895	I	2025/01/07	2025/01/16	BANCO DAVIVIENDA	\$612,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$295,700	\$1,700	\$0	\$297,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$295,700	\$1,700	\$0	\$297,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$45,100	\$300	\$0	\$45,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$45,100	\$300	\$0	\$45,400	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,000	\$300	\$0	\$37,300	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$37,000	\$300	\$0	\$37,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$231,000	\$1,400	\$0	\$232,400	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$231,000	\$1,400	\$0	\$232,400	
TOTAL				1	\$608,800	\$3,700	\$0	\$612,500	



¡Hola, Cleomedes del Carmen Gaviria Arias!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

CUS: 1197128775

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9479092895

Valor de la Transacción: \$ 612.500

Fecha de Transacción: 15/01/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

► Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.



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

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 NOVIEMBRE CTO 6905-2024.pdf.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 6905-2024.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DICIEMBRE CTO 6905-2024.pdf.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 6905-2024.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Datos guardados