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:**	2025-01-03	**Hasta:**	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	ADRIANA MEJIA FONSECA		**Número de Documento:**	52953410	
Correo Electrónico:	ariatna0515@gmail.com		**Número Telefónico:**	3214048649	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1251-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	$3998136	107.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

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	$ 3998136	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 27054013	**$ 27054013**	**$ 3998136**	**$ 23055877**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2025

1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo.	-Se realizan 31 sesiones con estudiantes de establecimientos educativos priorizados y no priorizados a través de actividades individuales de forma presencial.	-Diligenciamiento de formatos, drive, control de tablero, canalizaciones acorde a la necesidad
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en salud mental de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	-Se desarrolla temáticas acorde a los intereses en las instituciones educativas,en el plan de cuidado en salud mental, con un 3 x 1 sesiones por estudiante.	-Formatos de registro de actividades
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud mental	-Implementación del plan de cuidado en salud mental reconociendo factores de riesgo y factores protectores. Socialización de red de canales de atención y de apoyo psicosocial en salud mental.	-Formularios de registro de actividades
4	4. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones.	-No se desarrolla actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla actividad en el periodo certificado
5	5. realizar intervencion a casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificacion por parte de las instituciones educativas de acuerdo al lineamiento.	-Se realiza intervención a casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificación por parte de las instituciones educativas de acuerdo con el lineamiento	-Formatos de sesiones del colegio intervenido
6	6. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis.	-Se realiza intervención a casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificación por parte de las instituciones educativas de acuerdo con el lineamiento	-No se desarrolla actividad en el periodo certificado
7	7. orientacion y canalizacion a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	-No se desarrolla actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla actividad en el periodo certificado
8	8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional	-Se socializa a los Orientadores con relación al diligenciamiento de los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-Formatos de sesiones del colegio intervenido
9	9. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectad en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Se realiza la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	--Formatos de sesiones del colegio intervenido
10	10. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-Se realiza la entrega de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Formatos de sesiones del colegio intervenido
11	11. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Se realiza la entrega de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Formatos de sesiones del colegio intervenido
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	-No se desarrolla actividad en el periodo certificado.	-No se desarrolla actividad en el periodo certificado.
13	13.informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-Se realiza reunión con la profesional de apoyo del proceso.	-Listado de asistencia

14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Es fundamental resaltar que las servidoras y servidores públicos deben cumplir con la obligación de actualizar su Declaración de Bienes y Rentas en los términos establecidos en la Ley 190 de 1995 y el Decreto Nacional 1083 de 2015, en el SIDEAP donde quedaran incorporados los datos que sean suministrados y se generará un registro de la fecha en que se realice la correspondiente actualización y ahora quedará firmada de manera electrónica por quien realice la declaración	-Registro de actualización, donde los colaboradores realizan la actualización la cual contribuye con la transparencia y la rendición de cuentas en la administración distrital,en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto Distrital 367 de 2014

© 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	$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9479825480	-		
2025	ENERO	2025	01	02				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1599254	$ 255881	**$ 255900**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

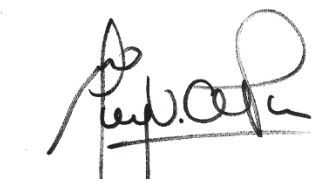
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	462800007264

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA FONSECA MEJIA	2025-01-24 09:45:11
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA FONSECA MEJIA	2025-01-24 10:45:00
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-01-24 16:15:39
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-27 14:31:12
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 16:31:16

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

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 52953410		MEJIA FONSECA ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 52s sur #24c-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1167493928	9479825480	I	2025/02/05	2025/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$526,900

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)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$32,000			$1,599,254	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$32,000			$1,599,254	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$32,000			$1,599,254	$39,000		$0	$0
1	CC	52953410	MEJIA ADRIANA	230201	30	$1,599,254	$255,900	EPS008	30	$1,599,254	$200,000	CCF21	30	$1,599,254	$32,000	14-11	30	$1,599,254	$39,000	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$32,000			$1,599,254	$39,000		$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 52953410		MEJIA FONSECA ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 52s sur #24c-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1167493928	9479825480	I	2025/02/05	2025/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$526,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$0	$0	$255,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$255,900	$0	$0	$255,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$0	$0	$39,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$0	$0	$32,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$32,000	$0	$0	$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$526,900	$0	$0	$526,900