

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-01	Hasta:	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	ANGELICA PATRICIA ENCISO QUINTERO		Número de Documento:	37671110	
Correo Electrónico:	angelicapatricia840308@gmail.com		Número Telefónico:	3203845617	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	8439-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2882
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	26	13372	\$2808120	114.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2808120	DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL CIENTOVEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2024-12-10		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-01-15
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-12-31	2025-02-28	1	\$ 4920896	51
2	2025-01-16	2025-02-28	2	\$ 4920896	51
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		DICIEMBRE		\$ 1724988	
2		ENERO		\$ 2808120	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 1804329		\$ 11646121	\$ 4533108	\$ 7113013
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	---APROPIACION CONCEPTUAL: COMPRENDER Y APLICAR LOS LINEAMIENTOS Y FICHAS TÉCNICAS ESTABLECIDOS PARA CADA CONVENIO	--APLICATIVO, PLANILLAS DE ASISTENCIA	
2	Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.	---VISITAS DOMICILIARIAS: REALIZAR CARACTERIZACION FAMILIAR PARA IDENTIFICAR Y GESTIONAR RIESGOS EN SALUD DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES Y CRITERIOS ESTABLECIDOS	--APLICATIVO Y PLANILLAS DE ASISTENCIA, LINK DE REGISTRO DIARIO, FORMATO DE PLANILLAS DE FAMILIAS	
3	Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo	---ACTIVACION DE RUTAS Y NOTIFICACION DE EVENTOS: ACTIVAR RUTAS DE ATENCION, NOTIFICAR EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA, PROGRAMAR CITAS Y REALIZAR EL SEGUIMIENTO NECESARIO	---APLICATIVO, FORMATO DE CANALIZACION, Y/O DERIVACION	
4	Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado.	---PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES: LLEVAR A CABO ACCIONES INTEGRALES DE PROMOCION Y PREVENCION SEGUN EL CURSO DE VIDA Y LAS NECESIDADES DE LA POBLACION	---APLICATIVO, PLANILLAS DE ASISTENCIA	
5	Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos	---REGISTRO DE INFORMACION:ASEGURAR LA CALIDAD DEL REGISTRO DE INFORMACION EN LA PLATAFORMA EN LINEA DISPUESTA,	---APLICATIVO Y PLANILLAS DE ASISTENCIA	
6	Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	---ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS: FORMULAR Y EJECUTAR ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS O PLANES DE MEJORAMIENTO SEGUN LAS RECOMENDACIONES RECIBIDAS.	--APLICATIVO Y PLANILLAS DE ASISTENCIA	
7	Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	--PARTICIPAR EN REUNIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS, COMITES DEL CUIDADO CONVOCADAS POR LA SUBRED SUR O SDS	--APLICATIVO Y PLANILLAS DE ASISTENCIA	
8	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	---GESTION DOCUMENTAL: MANTENER ORGANIZADA Y CUSTODIADA LA DOCUMENTACION GENERADA DURANTE EL PROCESO.	--PLANILLAS DE ASISTENCIA	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	---REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL, OREINTADAS AFORTALECER EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES DE LA SUBRED SUR. ESTAS ACTIVIDADES PUEDEN INCLUIR: SOPORTE ADICIONAL EN GESTION DEL RIESGO EN SALUD A NIVEL FAMILIAR Y COMUNITARIO, ADAPTANDOSE A LAS NECESIDADES EMERGENTES EN EL TERRITORIO. CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD, PARA FOMENTAR LA AUTOGESTIÓN DE SU BIENESTAR.	-APLICATIVO
10	Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	-SE REALIZA EL ALISTAMIENTO DE PREAUDITORIAS SOBRE LOS PRODUCTOS ASIGNADOS	--ACTAS Y APLICATIVO
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES.	-ACTAS, APLICATIVO Y PLANILLA DE ASISTENCIA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior	\$ 1724988	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1068544284	-			
2024	DICIEMBRE	2024	12	16					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 208000
Salud						SÁNTAS		\$ 162500	\$ 162500
ARL					3	SURA		\$ 31668	\$ 31700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 377286	\$ 402200

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	103362109

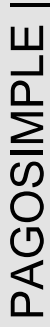
HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGELICA PATRICIA ENCISO QUINTERO	2025-01-20 18:15:03
RECHAZADO SUPERVISOR	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-01-21 17:05:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGELICA PATRICIA ENCISO QUINTERO	2025-01-22 19:50:11
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-01-22 20:31:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-27 09:27:20
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 16:24:07

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
 Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
 Teléfono 7300000 Ext 26017
 © Siasur - 2025



Fecha creación reporte:	2024-12-16, 09:38:58 A. M.	Tipo Planilla:	I: PLANILLA INDEPENDIENTES	Número Planilla:	1068544284
Periodo Cotización:	diciembre de 2024	Periodo Servicio:	diciembre de 2024	Referencia pago	8823568918

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA PATRICIA ENCISO QUINTERO		
Documento	CC37671110	Dirección	CL 1C #31 B - 18
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3203845617
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

Datos Afiliado			Novedades				Pensiones			Salud			Riesgos				Cajas			Parafiscales			Total															
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Salutop	ING	RET	TOT	TAE	TOP	TAP	TAB	COR	VST	SIN	IAA	VAC	AP	VCT	Dias AFP	Dias AFP	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	ESAP	Aporte ICSF	Aporte Minsterio	Total			
00.3767110	ANGELICA PATRICIA ENCISO QUINTERO	59	0														0	300,000.00	0	(23/2021)	PROTECCION	\$ 1,300,000	(EPS005)	EPS SANITAS		\$ 1,200,000	\$162,500	2,436	\$ 1,300,000	\$31,700	(NIN-CC)	NINGUNA	COF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$402,200

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades (Inclusivos, salidos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MONA	TOTAL INTERESES DE MONA	TOTAL FINAL
\$1.300.000	\$1.300.000	\$1.300.000	\$0	\$208.000	\$162.500	\$31.700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$402.200	\$0	\$402.200



Comprobante de pago en línea

Comercio

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS
ELECTRONICOS S

Número de comprobante

DB0gmEBWHHnX

CUS

1130140562

Fecha y hora

16 diciembre 2024 09:24:11

Número de factura

173435893666425

Descripción del pago

Pago PSE. Ref:8823568918-202412-149228.
idTrans:149228

Referencia 1

02

Referencia 2

900097333

Referencia 3

6311

Producto origen

****2421

Costo de la transacción

\$ 00.0 COP

Total Pagado: \$ 402,200.0



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 DE COBRO OCTUBRE CTO 7749-2024.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTO 7749-2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CTO_7749-2024.pdf	CTO_7749-2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>