

	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:	JENNIFER JULIETH LOZANO MONTOYA	Número de Documento:	1031140092	
Correo Electrónico:	jenlozano817@gmail.com	Número Telefónico:	3102843297	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8596-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2882
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE				
Dirección a la que Pertenecer:	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	134	0	21729	\$2911686	72.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2911686	DOS MILLONES NOVECIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEISPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

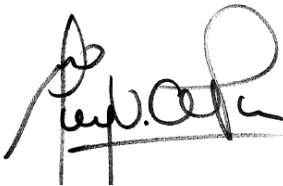
Fecha de Inicio del Contrato		2024-12-10		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-01-15
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-12-31	2025-02-28	1	\$ 7996272	51
2	2025-01-16	2025-02-28	2	\$ 7996272	51
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		DICIEMBRE		\$ 2325003	
2		ENERO		\$ 2911686	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 2931966		\$ 18924510	\$ 5236689	\$ 13687821
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	-realizar lectura de lineamiento, ficha técnica y documentos de apoyo para la ejecución de las actividades	-acta de apropiación conceptual	
2	Realizar visita domiciliar familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	-realizar 80 visitas durante el mes, realizando 25 implementaciones del plan de cuidado familiar, según las indicaciones dadas por la base de personas en condición de discapacidad.	-formato de firmas y carga en el aplicativo de SDS	
3	Realizar activación de ruta, derivación y notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-aplicación de tamizajes zarit a cuidadores de persona en condición de discapacidad y whodas a personas en condición de discapacidad	-carga en el aplicativo de SDS, derivación para relevo de cuidador, activación de ruta y canalización según sea el caso	
4	Realizar activación de ruta, derivación y notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-diligenciamiento portuno, con criterios de calidad, dando cumplimiento a todas las indicaciones dispuestas por SDS.	-formato de firmas y aplicativo SDS	
5	validar el registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS	-diligenciamiento portuno, con criterios de calidad, dando cumplimiento a todas las indicaciones dispuestas por SDS.	- formato de firmas y aplicativo SDS	
6	Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	-asistir a las reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas por la subred sur y SDS acorde a lo requerido	-listados de asistencia, enlaces de asistencia	
7	Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	-asistir a las reuniones programadas, entrega oportuna y con calidad en proceso de precritica	-listado de asistencia, formato de firmas y actas	
8	Apoyar la formulación y ejecución de las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS y recomendaciones del coordinador	-realizar los ajustes pertinentes en los tiempos indicados, según las indicaciones y actualizaciones.	-aplicativo de SDS, Bases, enlace de informe diario.	
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-diligenciamiento oportuno y con calidad de los formatos, documentos requeridos y aplicativo de SDS	- formato de firmas, actas, aplicativos y fichas de notificación	
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-participar activamente de las acciones propuestas para fortalecer las acciones ejecutadas por el perfil de terapia, encaminadas a una mejor atención en salud	-listados de asistencia y demás soportes que sean requeridos	

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		\$ 2325003
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	83142866	-			
2024	DICIEMBRE	2025	01	09					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL TRESPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 228800	
Salud					COMPENSAR		\$ 162500	\$ 178800	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 34900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 442500	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	570475370023321	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JENNIFER YULIETH LOZANO MONTOYA		2025-01-21 18:23:43		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JENNIFER YULIETH LOZANO MONTOYA		2025-01-21 18:52:40		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-01-22 21:10:23		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-01-24 18:50:54		
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 16:24:10		

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

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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1031140092	JENNIFER JULIETH LOZANO MONTOYA		DIAG 49 54B08 SUR	8077258	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	09/01/2025	83142866	TOTAL A PAGAR
					\$442.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.800	0		0		0	0	0	0	178.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	228.800	0	0	0	0	0	0		228.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.900				34.900	0	0	34.900			349	34.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.800	178.800
Pensión	1	228.800	228.800
Riesgos Laborales	1	34.900	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	442.500	442.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031140092	JENNIFER JULIETH LOZANO MONTOYA		DIAG 49 54B08 SUR	8077258	jenlozano817@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	09/01/2025	83142866	10
					TOTAL A PAGAR
					\$442.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1031140092	LOZANO MONTOYA JENNIFER JULIETH	59	0			N																	230301	1.430.000	228.800	0	0	0	0	EPS008	1.430.000	178.800	14-11	1.430.000	3	34.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Jennifer Lozano <jenlozano817@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1182000229 ✓

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: jenlozano817@gmail.com

8 de enero de 2025, 7:18 p.m.



**¡Hola, JENNIFER JULIETH LOZANO
MONTAYA!**

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

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓
CUS: 1182000229
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: \$ 442.500
Fecha de Transacción: 08/01/2025

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.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

[ACH Colombia Oficial](#)[@ACHColombia_](#)[ACHColombiaOficial](#)[ACH Colombia Oficial](#)

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
☐ ARL SURA 1031140092 CTO 7839-2024.pdf	ARL SURA 1031140092 CTO 7839-2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 81665130_merged.pdf (Archivado)	81665130_merged.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA OCTUBRE 7839-2024.pdf	CUENTA OCTUBRE 7839-2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >