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:**	2025-01-01	**Hasta:**	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA		**Número de Documento:**	1033738440	
Correo Electrónico:	Lorenitha_saavedra@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3227421320	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8436-2024	**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	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	13372	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

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	$ 2460448

© Siasur - 2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1804329	$ 11646121	$ 4185436	$ 7460685

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	--Apropiación Conceptual: Comprender y aplicar los lineamientos y 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 caracterización familiar para identificar y gestionar riesgos en salud de acuerdo con las actividades y criterios establecidos.	--aplicativo, planillas de asistencia
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	--Activación de Rutas y Notificación de Eventos: Activar rutas de atención, noticar eventos de interés en salud pública, programar citas y realizar el seguimiento necesario	---aplicativo , planilla de asistencia
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.	-Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades: Llevar a cabo acciones integrales de promoción y prevención según el curso de vida y las necesidades de la población	---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 Información: Asegurar la calidad del registro de información en la plataforma en línea dispuesta -	- -Aplicativo , 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, correctivas o planes de mejoramiento según las recomendaciones recibidas	---Aplicativo, 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, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	---Aplicativo, planillas de asistencia
8	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	---Gestión Documental: Mantener organizada y custodiada la documentación generada durante el proceso	---Aplicativo, 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 de su per?l, orientadas a fortalecer el desarrollo de las actividades misionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Estas actividades pueden incluir:Soporte adicional en gestión de riesgo en salud a nivel familiar y comunitario, adaptándose 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 , planillas de asistencia
10	Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	-Visitas Domiciliarias: Realizar caracterización familiar para identificar y gestionar riesgos en salud de acuerdo con las actividades y criterios establecidos	--aplicativo, planillas de asistencia
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	---Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades: Llevar a cabo acciones integrales de promoción y prevención según el curso de vida y las necesidades de la población	---aplicativo, planillas de asistencia

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	$ 1724988
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9479332242	-		
2024	DICIEMBRE	2025	01	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	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	$ 208400
Salud		FAMISANAR		$ 162500	$ 162900
ARL	3	SURA		$ 31668	$ 31800
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	$ 403100

INFORMACIÓN DE PAGO

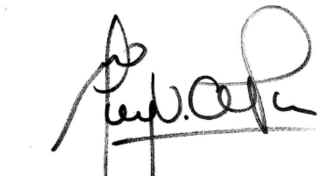
Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	006825686

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA	2025-01-20 17:02:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA	2025-01-21 18:55:02
RECHAZADO SUPERVISOR	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-01-24 14:27:56
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA	2025-01-24 23:28:48
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-01-25 10:53:42
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-27 08:47:15
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 16:24:11

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

© Siasur - 2025

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

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 DEL 10.pdf	CUENTA DE COBRO DEL 10.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Pago avalnet pila aportes en line fa ura
09479332242

-$ 411.000

transferencias destino -

Powered by CamScanner

01

)RA

Cla. Mov.	Descripcion	Ciudad	Direccion	Vlr. Efe.
Cr◆dito	DEVOLUCION PARCIAL CUOTA DE MANEJO	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	1,500.00
D◆bito	COBRO MENSUAL DE NOTIFICACIONES 20250102	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	1,260.50
D◆bito	NOTA DEBITO I V A	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	239.00
Cr◆dito	CRE TRANSF ACH 009009585649 DAVIVIEND	BOGOTA D.C	ACH	341,665.00
Cr◆dito	CRE TRANSF ACH 009009585649 DAVIVIEND	BOGOTA D.C.	ACH	146,448.00
D◆bito	PAGO PILA APORTES EN LINE FACTURA0947	BOGOTA D.C.	INTERNET	411,000.00
D◆bito	RETIRO CAJERO	NACIONAL	CAJERO ATH	40,000.00
D◆bito	ND COBRO TRANSFERENCIAS DESTINO AVVIL 20250116	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	348.98
D◆bito	COM CUOTA MANEJO TARJETAVILLAS 20250102	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	21,000.00
D◆bito	COBRO MENSUAL DE NOTIFICACIONES 20250103	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	2,689.50
D◆bito	COMISION RETIRO EN CAJERO A T H 20241227	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	1,192.71
D◆bito	NOTA DEBITO I V A	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	2,382.00
D◆bito	COM POR ADMINIST DE CUENTA 20250102	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	9,500.00

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033738440		BERRIO SAAVEDRA ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG. 75A SUR # 17M - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3736306	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	79332242	9479332242	I	2025/01/13	2025/01/16	BANCO AV VILLAS	3	$411,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$410,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$410,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$410,000
1	CC 1033738440	BERRIO ANGIE		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$7,800	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$0	$0	No	$410,000
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$410,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033738440		BERRIO SAAVEDRA ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG. 75A SUR # 17M - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3736306	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	79332242	9479332242	I	2025/01/13	2025/01/16	BANCO AV VILLAS	3	$411,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$400	$0	$208,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$400	$0	$208,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$100	$0	$31,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$100	$0	$7,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,800	$100	$0	$7,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$400	$0	$162,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$400	$0	$162,900
TOTAL				1	$410,000	$1,000	$0	$411,000