

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

<b>Periodo Certificar:</b>	<b>a</b>	<b>Desde:</b>	2025-02-01	<b>Hasta:</b>	2025-02-28
<b>Nombre Contratista:</b>	<b>del</b>	CATERINE RIVAS		<b>Número de Documento:</b>	52744932
<b>Correo Electrónico:</b>	KATERINERIVAS112@HOTMAIL.COM			<b>Número Telefónico:</b>	3023594951
<b>Nombre Supervisor:</b>	<b>del</b>	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	<b>Código Grado:</b> - 242-25

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	8631-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	2882
<b>Perfil:</b>	CONDUCTOR DE AMBULANCIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	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	0	15463	\$2845192	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2845192</b>	<b>DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-12-10			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-01-15
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-12-31	2025-02-28	1	\$ 5690384	51
2	2025-01-16	2025-02-28	2	\$ 5690384	51
3	2025-02-25	2025-04-09	3	\$ 3698750	402
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>			
1	DICIEMBRE	\$ 1994727	
2	ENERO	\$ 2845192	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 2086474	\$ 17165992	\$ 4839919	\$ 12326073
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1	Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-Realizar lectura y apropiación conceptual de lineamientos (documento operativo, fichas técnicas, lineamiento GESI, caja de herramientas) entregadas por la Secretaría Distrital de Salud.	-Acta de apropiación conceptual.
2	Dar orientación y educación tradicional de medidas de prevención para la población conforme las necesidades socioculturales	-Formular e implementar recomendaciones, orientaciones ancestrales y tradicionales frente a la promoción de la salud y prevención de enfermedades con énfasis en las medidas de prevención para la población conforme las adecuaciones socioculturales.	- Acta y listado de asistencia de seguimiento a la ejecución de actividades contractuales acorde a necesidad.
3	Realizar seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las personas en condiciones crónicas, así como orientar los cuidados que recobran importancia en valor de las familias y adulto mayor para la transmisión de saberes a generaciones futuras.	-Se realizan visitas de caracterización, implementaciones y cierres de plan de cuidado familiar para el período ejecutado, donde se realiza identificación de riesgos, gestión de alerta acorde a las necesidades identificadas y acciones promocionales con enfoque en medicina ancestral realizando la captura de la información. en los formatos y sistemas de información establecidos en los lineamientos de SDS.	-Formatos de plan de cuidado familiar diligenciados oportunamente con criterios de calidad y completitud.
4	Proyectar y actualizar cronograma de actividades acorde a los productos establecidos	-Realizar proyección mensual de cronograma de actividades a ejecutar y actualización diaria con las especificaciones técnicas socializadas.	-Cronograma de actividades proyectado y actualizado diariamente
5	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-Participación en reuniones y asistencias técnicas programadas y convocadas por la Subred Sur, Entorno Hogar y Secretaria Distrital de Salud.	- Acta y listado de asistencia.
6	Formular y ejecutar 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, recomendaciones del referente y el líder.	-Formulación y ejecución de acciones preventivas, correctivas y/o plan de mejoramiento producto de evaluaciones y recomendaciones del equipo de seguimiento de la SDS, referente y líder acorde a necesidad.	-Acta y listado de asistencia de seguimiento a la ejecución de actividades contractuales acorde a necesidad.
7	mantener la adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Diligenciamiento, organización y entrega de soportes de las intervenciones de acuerdo a los requisitos dados por gestión documental teniendo en cuenta la calidad y veracidad de estos, manteniendo su custodia hasta la entrega al archivo.	-Entrega de fichas que contienen formatos de seguimiento acorde a los requisitos de gestión documental.

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
8	Adquirir insumos de medicina ancestral, según la estrategia establecida con SDS y anexo 8 para la compra y adquisición y distribución de insumos ancestrales requeridos para la operación de acciones individuales y colectivas, los cuales corresponden a \$1.000.000	-MEDIANTE LA RECEPCION DE LA PLATA DE LOS INSUMOS, ENTREGA DE LOS DINEROS A LAS ANCESTRALES , RECEPCION Y REGISTRO MEDIANTE ACTAS Y DIFERENTES FORMATOS COMO RECIBOS DE CAJA, FACTURAS ETC ENTRGADOS POR LOS PERFILES ANCESTRALES Y REGISTRO EN BASES JUNTO CON EL PERFIL AMBIENTAL	-MEDIANTE LA RECEPCION DE LA PLATA DE LOS INSUMOS, ENTREGA DE LOS DINEROS A LAS ANCESTRALES , RECEPCION Y REGISTRO MEDIANTE ACTAS Y DIFERENTES FORMATOS COMO RECIBOS DE CAJA, FACTURAS ETC ENTRGADOS POR LOS PERFILES ANCESTRALES Y REGISTRO EN BASES JUNTO CON EL PERFIL AMBIENTAL
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad	-Listados de asistencia y demás soportes que se programan.

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	\$ 2845192
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	ENERO	2025	02	11	9480718616	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 228000
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178200
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34800
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 441000</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870508001

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CATERINE RIVAS	2025-02-24 19:01:13
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-02-25 07:35:38
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-02-27 11:49:36

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.



**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52744932		RIVAS CATERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cti 53 sur # 15-12	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	1258913548	9480718616	I	2025/02/10	2025/02/11	NEQUI	1	\$441,000

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	52744932	RIVAS CATERINE	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52744932		RIVAS CATERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 53 sur # 15-12	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	1258913548	9480718616	I	2025/02/10	2025/02/11	NEQUI	1	\$441,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$441,000</b>	

 **PSE Transacción Aprobada - CUS 1258913548** 

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: silviamercedes1981@gmail.com

11 de febrero de 2025, 10:34 a.m.



## ¡Hola, Silvia Mercedes valencia !

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**   
CUS: 1258913548  
Empresa: APORTES EN LINEA  
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480718616  
Valor de la Transacción: \$ 441.000  
Fecha de Transacción: 11/02/2025

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



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



2 [Condiciones](#)

**VER CONTRATO**

3 [Bienes y servicios](#)

**Ejecución del Contrato**

4 [Documentos del Proveedor](#)

Porcentaje  Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

**Plan de pagos**

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Si  No

7 **Ejecución del contrato**

8 [Modificaciones del contrato](#)

Identificación de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 [Incumplimientos](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> DOC CTO-8631-2024.zip	DOC CTO-8631-2024.zip	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DICIEMBRE 2024 CTO 8631-2024.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2024 CTO 8631-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ENERO 2025 CTO 8631-2024.pdf	CUENTA ENERO 2025 CTO 8631-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

