| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-02-01 | **Hasta:** | 2025-02-28 | |
| **Nombre del Contratista:** | ANGIE VANESSA BOLIVAR PUENTES | | **Número de Documento:** | 1012346408 | |
| **Correo Electrónico:** | vanessabolivar.1509@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3125973666 | |
| **Nombre del Supervisor:** | ANDREA LOPEZ GUERRERO | **Cargo:** | JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO | **Código - Grado:** | 006-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1919-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 40 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS CANDELARIA I | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| T12SA | OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO | ADMINISTRATIVA | $4056200 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4056200** | **CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-01-14 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-03-31 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | ENERO | $ 4056200 | |
| 2 | FEBRERO | $ 4056200 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 12168600** | **$ 12168600** | **$ 8112400** | **$ 4056200** |


***© Siasur - 2025***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Gestionar estrategias para disminuir las barreras de acceso a la prestación de servicios salud | --Se lleva a cabo la verificación de las dos (2) Rutas de Salud correspondientes a la Localidad de Sumapaz (Nazareth y San Juan), encargadas de realizar los traslados de los usuarios hacia los servicios ambulatorios. Esta verificación incluye tanto los recorridos interveredales como los traslados hacia la zona urbana. | --Planilla de traslados |
| 2 | 2. Consolidar y Organizar la información para la entrega de informes mensuales, trimestrales y semestrales de servicio al ciudadano | --Se realizó a actualización de los estudios previos y analisis del sector conjuntamente con SDS para el nuevo Convenio | --Correo electrónico |
| 3 | 3. Actualizar e implementar protocolos, guías, manuales de procesos y procedimientos institucionales | --Se esta trabajando en la actualización de los formatos del Convenio Ruta de la Salud | --Formatos en magnético |
| 4 | 4. Desarrollar procesos de mejoramiento asociados a la atención del usuario en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur | --Se realiza el consolidado de los indicadores por tipo de población de las Rutas de sumapaz | --Archivo en excel en magnético |
| 5 | 5. Apoyar la proyección de respuestas peticiones dirigidas a la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano | --Se proyectó respuesta de PQRS de los usuarios que desean información de la Ruta de la Salud. | --Correo electrónicos. |
| 6 | 6. Apoyar los procesos adelantados por el área de servicio al ciudadano donde se requiera fomentar y fortalecer redes de apoyo inter e intra institucionales que beneficien la atención integral a las necesidades de los usuarios y sus familias | --Se realizó seguimiento telefónico a los canales de atención de la subred. | --Drive |
| 7 | 7. Orientar técnicamente al talento humano de servicio al ciudadano en el desarrollo de sus obligaciones. | -Vía telefónica se oriente a las auxiliares de enfermería de la Ruta de sumapaz en caso de presentar alguna inquietud o requerir orientación. | -Whatsapp |
| 8 | 8. Apoyar el proceso de Servicio al Ciudadano y Participación de la Subred Sur E.S.E. mediante la atención a las disponibilidades requeridas para el buen funcionamiento de los servicios. | -Se realiza la certificación de los vehículos que realizaron operatividad en el mes - Se realiza el reporte de los contratistas de ARL con riesgo IV. | -Certificación de los vehículos. -Se realiza reporte por correo electrónico de los contratistas con riesgo IV. |
| 9 | 9. Presentar todos los informes que le soliciten desde el área de Servicio al Ciudadano relacionadas con el objeto del contrato. | --Se participó en la reunión de Secretaria Distrital de salud de Convenios. | -Acta y lista 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 | $ 4056200 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 32507505 | - | | |
| 2025 | ENERO | 2025 | 02 | 11 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1622480 | $ 259597 | **$ 260700** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 202810 | **$ 203800** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 39524 | **$ 39800** |
| Caja de Compensación | SI | COMPENSAR | **Total** | **$ 470876** | **$ 504300** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870475144 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANGIE VANESSA BOLIVAR PUENTES | 2025-02-21 14:36:29 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | ANDREA LOPEZ GUERRERO | 2025-02-24 20:19:44 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-02-25 12:35:47 |
| 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 | 2025-03-13 10:16:49 |

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.



**ANDREA LOPEZ GUERRERO**
**JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**


***© Siasur - 2025***

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ANGIE VANESA BOLIVAR PUENTES |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1012346408 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-02-21 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-02-05 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-02-11 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-01 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-01 |
| NÚMERO PLANILLA: | 32507505 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 32507505 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 860066942 | COMPENSAR-EPS | 1 | $ 1.622.480 | $ 0 | $ 0 | $ 900 | $ 202.900 | $ 203.800 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.622.480 | $ 0 | $ 0 | $ 1.100 | $ 259.600 | $ 260.700 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.622.480 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 39.600 | $ 39.800 |
| CCF24 | 860066942 | COMPENSAR-CCF | 1 | $ 1.622.480 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 32.500 | $ 32.700 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 2.400 | $ 534.600 | $ 537.000 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 05/03/2025 |

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CTO 1919-2025 ENERO 2025.pdf | CTO 1919-2025 ENERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Gmail Buscar en el correo electrónico

Redactar

Recibidos 5,188
Destacados
Pospuestos
Importantes
Enviados
Borradores 144
Categorías
Social 1,956
Notificaciones 4,727
Foros 37
Promociones 5,190
Más

Etiquetas

# Inscripción al curso ATENCIÓN DIFERENCIAL EN SALUD A PERSONAS LGBTI

**Información** <aprendersalud@saludcapital.gov.co> 8:27 a.m. (h
para mí




Estimado **ANGIE VANESSA**,

La inscripción al curso **ATENCIÓN DIFERENCIAL EN SALUD A PERSONAS LGBTI**, que realizó con **Cédula de ci**
**1012346408**, se ha guardado con éxito bajo los siguientes parámetros:

Si su inscripción es aprobada por el equipo de CDEIS, se notificará a través de correo electrónico el día que inicia e
de ingreso. (Recuerde por favor que la matricula al curso está sujeta a verificación de su estado en plataforma, si se
penalizado o vetado se le notificará y no podrá realizar el curso al cual se inscribió hasta finalizar su estado)

Este curso inicia el *10/03/2025* y finaliza el próximo *11/04/2025*.

BOGOTÁ Secretaría de Salud CDEIS

**Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud**
Secretaría Distrital de Salud
aprendersalud@saludcapital.gov.co
PBX 3649090 ext 9005 - 9981

...

[Mensaje acortado] Ver mensaje completo