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:	HAMMES ARLEY ACOSTA MARQUEZ		**Número de Documento:**	1010840321	
Correo Electrónico:	acostahammesarley@gmail.com		**Número Telefónico:**	3105458710	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4586-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	51
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
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	48	0	13372	$641856	26.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 641856**	**SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-28		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-03-05
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-02-25	2025-04-09	1	$ 2788508	402

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3116567	**$ 5905075**	**$ 0**	**$ 5905075**

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-1. Apropiación conceptual. Comprender y aplicar los lineamientos y fichas técnicas establecidas por cada convenio.	-1. Aplicativo, planillas de asistencia.
2	2. Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.	-2. Realizar caracterización familiar para identificar y gestionar riesgos en salud de acuerdo con las actividades específicas acorde con los Protocolos, Guías, Lineamientos, Manuales que regula el perfil.	-2. Aplicativo, planillas de asistencia.
3	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	-3. Realizar visitas domiciliarias en el territorio asignado, caracterizando familias para identificar los riesgos en salud pública, realizando la toma de medidas antropométricas con criterio de calidad.	-3. Aplicativo, planillas de asistencia.
4	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.	4. Brindar atención humana, eficaz, y de calidad educando al usuario en promoción de la salud y prevención de las enfermedades.	-4. Aplicativo, planillas de asistencia.
5	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	-5. Asegurar la calidad del registro de información en la plataforma dispuesta por la SDS.	-5. Aplicativo, planillas de asistencia.
6	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	-6. Activar rutas de atención, notificar eventos de interés en salud pública, programar citas y realizar el seguimiento necesario.	-6. Canalización, aplicativo, planilla de asistencia.
7	7.Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	-7. Asegurar la calidad del registro de información en el aplicativo dispuesto por la SDS.	-7. Aplicativo, planillas de asistencia.
8	8.Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-8. Participar en las reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por el profesional de apoyo, subred sur y/o SDS.	-8. Planillas de asistencia.
9	9.Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados	-9. Mantener la confidencialidad, reserva de la información, preservar integralmente los sistemas, mantener organizada y custodiada la documentación generada durante el proceso.	-9. Aplicativo, planillas de asistencia.
10	10.Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	-10. Participar en la elaboración y alistamiento de la información oportuna de las actividades e informes obtenidos según información.	-10. Aplicativo, planillas de asistencia.
11	10.Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	-11. Asistir a las reuniones convocadas por el supervisor o jefe inmediato.	-11. Lista de asistencia y aplicativo.

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	$ 0
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	94830667650	-		
2025	ENERO	2025	03	12				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CEROPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 228700**
Salud		COMPENSAR		$ 177938	**$ 178700**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 442300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488439243921

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMES ARLEY ACOSTA MARQUEZ	2025-03-26 11:55:38
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMES ARLEY ACOSTA MARQUEZ	2025-03-26 12:20:42
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMES ARLEY ACOSTA MARQUEZ	2025-03-31 09:34:12
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMES ARLEY ACOSTA MARQUEZ	2025-03-31 10:09:23
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-03-31 10:10:49
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-03-31 11:26:11

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.



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

© Siasur - 2025

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010840321		ACOSTA MARQUEZ HAMMES ARLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 3 B 4R 64 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223712403	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	21081930	9483066743	I	2025/02/06	2025/03/12	BANCO DE OCCIDENTE	34	$45,200

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$142,350	$22,800			$142,350	$17,800			$0	$0			$142,350	$3,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$142,350	$22,800			$142,350	$17,800			$0	$0			$142,350	$3,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$142,350	$22,800			$142,350	$17,800			$0	$0			$142,350	$3,500		$0	$0
1	CC 1010840321	ACOSTA HAMMES	230201	3	$142,350	$22,800	EPS008	3	$142,350	$17,800		0	$0	$0	14-11	3	$142,350	$3,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$142,350	$22,800			$142,350	$17,800			$0	$0			$142,350	$3,500		$0	$0

2025/03/12 02:07 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010840321		ACOSTA MARQUEZ HAMMES ARLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 3 B 4R 64 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223712403	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	21081930	9483066743	I	2025/02/06	2025/03/12	BANCO DE OCCIDENTE	34	$45,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,800	$600	$0	$23,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$22,800	$600	$0	$23,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,500	$100	$0	$3,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$3,500	$100	$0	$3,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,800	$400	$0	$18,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$17,800	$400	$0	$18,200
TOTAL				**1**	**$44,100**	**$1,100**	**$0**	**$45,200**



Grupo AVAL

CORRESPONSAL BANCARIO
BANCO DE OCCIDENTE SA

Puntored no te cobra por esta transaccio

PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	12/03/2025
Hora	09:49:59
Terminal	311567
Cod. Convenio	1506
Comercio	414006
No. aprob Banco	081930
Referencia	948J066743
No. aprob Puntored	001127108375
Valor	545,200
Usuario de Venta	DANA ALEJANDRA MAR

Linea de atencion Nacional
01 8000 512825 Opcion 2 Email:
corresponsalesaval@puntayservicios.com

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

Grupo AVAL

CORRESPONSAL BANCARIO
BANCO DE OCCIDENTE SA

Puntored no te cobra por esta transaccio

PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	12/03/2025
Hora	09:49:19
Terminal	311567
Cod. Convenio	1506
Comercio	414006
No. aprob Banco	081714
Referencia	948J066765
No. aprob Puntored	001127107802
Valor	5442,300
Usuario de Venta	DANA ALEJANDRA MAR

Linea de atencion Nacional
01 8000 512825 Opcion 2 Email:
corresponsalesaval@puntayservicios.com

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

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		
☐	DOC-CTO-4586-2025.zip	DOC-CTO-4586-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2025 CTO4586-2025.pdf	CUENTA ENERO 2025 CTO4586-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >