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:**	2025-04-01	**Hasta:**	2025-04-30	
Nombre del Contratista:	LEIDY YOHANA CORTES MARTINEZ		**Número de Documento:**	1032422786	
Correo Electrónico:	Ljohana77@gmail.com		**Número Telefónico:**	3134007019	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1713-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	TECNOLOGO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	14666	$2698544	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2698544**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-03	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 2614088	
2	FEBRERO	$ 2614088	
3	MARZO	$ 2869814	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17688608	**$ 17688608**	**$ 8097990**	**$ 9590618**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Captación, identificación y recepción de la información generada en la operación de los subsistemas de VSP; según las particularidades establecidas en cada subsistema.	Se solicitan bases de datos según criterios establecidos, al subsistema estadísticas vitales, y Sivigila.	Solicitud por medio de correo electrónico institucional.
2	2. Realizar la recepción, revisión, cruce y depuración de la información requerida para la Vigilancia Centinela por Exposición a contaminación Ambiental.	Consolidación, depuración y graficación bases de datos fuentes RIPS, Meteorológicas, Vectoriales, descargue de historias clínicas aplicativo Dinámica.	Bases de datos información RIPS, Meteorológicos, Vectoriales, Envió de correo electrónico, con bases y historias clínicas comprimidas para verificación de la profesional.
3	3. Desarrollar cruces de información con diferentes fuentes de información para la consolidación y entrega como aporte a la construcción de documentos conceptuales.	Depuración de bases como nacidos vivos, defunciones, Rips, Sivigila,consolidación, análisis de datos y gráficos.	Bases de datos con información requerida y cargue de datos al boletín mensual con actualización de tablas, mapas solicitados y gráficos.
4	4. Actualización de las herramientas informáticas de acuerdo a las requeridas en el proceso.	Se realiza actualización mensual de gráficos de las bases e implementación de listas de chequeo para meta análisis -Zotero.	Bases, Drive, listas de chequeo, con los documentos del meta análisis debidamente cargados con los requisitos de aplicativo Zotero.
5	5. Envío de las bases de datos a nivel central o archivos planos soporte de la vigilancia.	Se entrega bases requeridas, debidamente depuradas, para cumplimiento del plan de acción tales como (3 consolidado Sivigila Descarga SEM 13, 3 Cuadro De Defunciones 2018 _ 2025 marzo, 3 Formato Para La Percepción De Olores Y Vectores Voladores-Marzo_2025, 3 Nacidos Vivos De Marzo 2025, 3 Primeras Causas Defunciones 2018 _ 2025 Marzo- Formulas, 3 Rips 2025 - Líneas De Tendencia Y Canales Febrero Endémicos 2025 (Corte Marzo 2025), 3 Rips Agrupados abril 2025 - Corte Marzo 2025.)	Entrega de CD con información requerida y envió a correo electrónico.
6	6. Georreferenciación de los registros garantizando unos niveles adecuados de coherencia y concordancia entre las variables de ubicación y localización.	Consolidación, depuración de eventos Sivigila para georreferenciar, se realiza articulación con el subsistema geográfico para la localización de los barrios priorizados y así poder evidenciar los eventos que se presentaron en las zonas aledañas del Relleno Sanitario Doña Juana.	Solicitud se realiza por medio de correo electrónico institucional.
7	7. Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Se asiste a reunión mensual de equipo, e ULC y revisiones de precautoria.	Actas de Asistencia.
8	8. Realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos , fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	Cargue de información, actas, versiones de boletines, bases.	Drive correspondiente de la Vigilancia Centinela y repositorio de componente de VSP.
9	9. Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la Subred.	Organización mensual del archivo físico y magnético de la Vigilancia Centinela Relleno Sanitario Doña Juana.	Entrega de capeta debidamente foliada, correo electrónico, acta de entrega.
10	10. Seguimiento a la notificación, actualización y asesoría sobre las herramientas Sivigila en las UPGD.	Para el mes se realiza apoyo entre semana al Subsistema Sivigila en notificación de eventos desde el correo institucional sivigilasur@subredsur.gov.co	Correo y drive factura 2025.
11	11. Apoyar la disponibilidad de la recepción de notificación de la vigilancia en salud pública.	Para el periodo del mes se realiza disponibilidad entre semana en notificación inmediata de eventos a los subsistemas , verificación, recepción de eventos y bases Sivigila en factura 2025.	Entrega de correos, manejo de Drive Factura 2025.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se realiza un drive compartido con los apoyos donde se trabaja en conjunto con la verificación de los datos por parte de los profesionales, como formato de caracterización, y percepción de olores.	Drive bases de datos diseñadas desde el mismo subsistema Vigilancia Centinela.

© Siasur - 2025

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	$ 2869814
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	85616087	-		
2025	MARZO	2025	04	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CATORCEPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		SURA		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488424829304

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY JOHANNA CORTES MARTINEZ	2025-04-22 20:08:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2025-04-24 11:22:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-04-29 20:21:46

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.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032422786	LEIDY YOHANA CORTES MARTINEZ	DG 24 38 67	9025138	ljohana77@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85616087	$440.500	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032422786	LEIDY YOHANA CORTES MARTINEZ		DG 24 38 67	9025138	ljohana77@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85616087	$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1032422786	CORTES MARTINEZ LEIDY YOHANA	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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? ○ Si ◉ No

Identificación 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 ENERO 2025 CTO 1713-2025.pdf	CUENTA ENERO 2025 CTO 1713-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1713-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1713-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025 CTO 1713-2025.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 1713-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >