

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-05-01	Hasta:	2025-05-31	
Nombre del Contratista:	ESLAYNER MERCHAN CASTAÑEDA		Número de Documento:	52896844	
Correo Electrónico:	eslame2009@gmail.com		Número Telefónico:	3176589814	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1315-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenecer:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	22430	\$4127120	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4127120	CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-02		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-23
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-04-21		1	\$ 875507	711
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 3998136	
2		FEBRERO		\$ 3998136	
3		MARZO		\$ 4389258	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	ABRIL	\$ 4127120	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 27054013	\$ 27929520	\$ 16512650	\$ 11416870
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado institucionales.	Se Desarrollaron intervenciones de listas de chequeo en los HCB priorizados, Caracterización, para la identificación de alertas y pautas de cuidado para la vida. Fortalecimiento con Madres comunitarias y padres de familia. Conforme al direccionamiento estipulado en los lineamientos establecidos desde Secretaria Distrital de Salud. Teniendo en cuenta la pertinencia de la información y la elaboración de los productos requeridos desde el Entorno Institucional.	Listas de chequeo, Formato de caracterización, Formato de sesiones colectivas, Actas de relatoría.
2	2. Desarrollar asesorías a cuidadores, cuidadoras, acudientes de acuerdo al curso de vida según tipo de institución para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.	Realizar fortalecimiento de capacidades, Estrategia AIEPI, Enfermedades prevalentes en la infancia.	Listas de chequeo, Formato de sesiones colectivas, actas de relatoría.
3	3. Identificar los riesgos en la población abordada para notificación de eventos de interés en salud pública y activación de rutas integrales de salud.	Realizar verificación de las carpetas de los menores de cada uno de los HCB, control de crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación y cualquier otra eventualidad de salud.	-Descripción de hallazgos en formatos direccionados por el entorno institucional.
4	4. Diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento de la Secretaria Distrital y/o institucional y elaboración de informes según competencia.	Realizar activaciones de ruta con los menores que no tengan al día su control Integral de primera infancia, esquema de vacunación, aseguramiento o según necesidad.	Formatos y base de menores diligenciados con los hallazgos identificados -Formatos en medio magnético de activación de ruta.
5	5. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	Diligenciar formatos para captura de información, establecidos como soporte de actividades desarrolladas.	-Lista de chequeo -Formato de caracterización -Formato sesión colectiva -Actas de relatoría
6	6. Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	Entrega oportuna de formatos según cronograma estipulado desde Entorno Institucional Formato caracterización Formato sesión colectiva Formato plan de cuidado	Formato caracterización Formato sesión colectiva Formato plan de cuidado Acta de relatoría
7	7. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	Entrega de información solicitada de acuerdo a las directrices que se requerían desde el Entorno Institucional.	Se entregan carpetas de productos de acuerdo a las actividades desarrolladas en los HCB a profesional de apoyo Entorno Institucional. Informes Matrices Formato de ficha de caracterización con soportes realizados.
8	8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Asistencia oportuna a las actividades requeridas por el Entorno Institucional y el PIC.	Listado 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		\$ 4127120
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	86550741	-			
2025	ABRIL	2025	05	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1650848	\$ 264136	\$ 264200	
Salud					SÁNTITAS		\$ 206356	\$ 206400	
ARL				3	SURA		\$ 40215	\$ 40300	
Caja de Compensación				SI	CAFAM	Total	\$ 479109	\$ 510900	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870300151		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ESLAINER MERCHAN CASTAÑEDA			2025-05-22 16:29:01	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA			2025-05-22 21:55:31	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2025-05-26 12:17:43	

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52896844	ESLAINER MERCHAN CASTAÑEDA		CALLE 8bis No 81B-34	4110498	eslame2009@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86550741	TOTAL A PAGAR \$544.000

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	206.400	0		0		0	0	0	0	206.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	264.200	0	0	0	0	0	0		264.200	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	40.300				40.300	0	0	40.300			403	40.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	33.100	0	0	33.100	1

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	206.400	206.400
Pensión	1	264.200	264.200
Riesgos Laborales	1	40.300	40.300
CCF	1	33.100	33.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	544.000	544.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52896844	ESLAINER MERCHAN CASTAÑEDA		CALLE 8bis No 81B-34	4110498	eslame2009@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86550741	\$544.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52896844	MERCHAN CASTAÑEDA ESLAINER	59	0		N								X											25-14	1.650.850	264.200	0	0	0	0	EPS005	1.650.850	206.400	14-11	1.650.850	3	40.300	CCF21	1.650.850	33.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

1476174046

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

12/05/2025

Número de aprobación

00174046

Dirección IP

190.26.55.212

Valor transacción

\$ 544.000,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1**Referencia 2**

CC

Referencia 3

52896844

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

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
☐	1315_CTO_2025_ENERO_2025.pdf	1315_CTO_2025_ENERO_2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	1315_CTO_2025_FEBRERO_2025.pdf	1315_CTO_2025_FEBRERO_2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	1315_CTO_2025_MARZO_2025.pdf	1315_CTO_2025_MARZO_2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	1315_CTO_2025_ABRIL_2025.pdf	1315_CTO_2025_ABRIL_2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo