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:**	2025-05-01	**Hasta:**	2025-05-31	
Nombre del Contratista:	CARLOS AUGUSTO CRISTANCHO DIAZ		**Número de Documento:**	80020525	
Correo Electrónico:	hematolagnic@gmail.com		**Número Telefónico:**	3134037002	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8533-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2882
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3-EBE				
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	60	0	39378	$2362680	33.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2362680**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-12-10		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-01-15
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-12-31	2025-02-28	1	$ 14037728	51
2	2025-01-16	2025-02-28	2	$ 14037728	51
3	2025-02-25	2025-04-09	3	$ 9124523	402
4	2025-04-08	2025-05-31	4	$ 0	0
5	2025-05-24	2025-06-30	5	$ 1109184	892

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	DICIEMBRE	$ 2288760
2	ENERO	$ 1182526
3	FEBRERO	$ 3433140
4	MARZO	$ 5187856
5	ABRIL	$ 2835216
6	MAYO	$ 2362680

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5147167	**$ 43456330**	**$ 17290178**	**$ 26166152**

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	Realice apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	Comites y Reuniones de EBEH, acta de apropiación entregada a profesional de apoyo.
2	2. Realizar visita domiciliaria familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	No se programaron visitas domiciliarias durante el mes.	No aplica producto ó evidencia.
3	3. Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes	No se programaron visitas domiciliarias durante el mes.	No aplica producto ó evidencia.
4	4. Realizar activación de ruta, derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	No se programaron visitas domiciliarias durante el mes.	No aplica producto ó evidencia.
5	5. Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento 6. Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizado la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	Identifique de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brinde educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento. No se requirió diligenciamiento de historia clinica, se diligenciaron formatos en terminal de transportes del Sur en campaña de acompañamiento en vacunación contra fiebre amarilla.	Consentimientos informados y formatos respectivos.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comité del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	Participe en reuniones, asistencias técnicas, comité del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	Listados de Asistencia
7	8. presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	No requerí presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	No aplica producto ó evidencia.
8	9. Apoyar la formulación y ejecución de 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 y recomendaciones del coordinador.	Apoyé la formulación y ejecución de 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 y recomendaciones del coordinador.	Listados de asistencia y consentimientos informados.
9	10. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	Mantuve Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	Formatos respectivos, consetimientos informados.
10	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Acompañamiento en campaña de vacunación contra fiebre amarilla en Terminal del Sur	Formatos respectivos, consentimientos informados.

© 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	$ 2835216
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1072950542	-		
2025	**ABRIL**	**2025**	**05**	**27**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIECISEISPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		SÁNITAS		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 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	007500771618

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARLOS AUGUSTO CRISTANCHO DIAZ	2025-05-27 13:41:09
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-05-28 17:51:40
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-05-29 12:19:07

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-05-27, 01:30:17 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1072950542

Periodo Cotización 202504 **Periodo Servicio** 202504

PAGADA 2025-05-27 13:21:16.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS AUGUSTO CRISTANCHO DIAZ				
Documento	CC 80020525	**Dirección**	CR 12F SUR #30 - 61 INTERIOR 3 APTO 103		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4738103		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80020525		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00				N	CRISTANCHO DIAZ CARLOS AUGUSTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.135.000	230201		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1509798819

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
27/05/2025

Número de aprobación
00798819

Dirección IP
181.50.58.28

Valor transacción
$ 446.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.29.10.57	CC	80020525

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?do

Aumentar el contraste

UTC -5 13:28:42
Carlos Augusto Cr...

Ir a

Configuraciones del usuario
Carlos Augusto Cristancho Díaz
CAT: 0093323

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

27 Mayo, 2025(UTC -5) 13:28:42

Salir

ntrato

guardados

< Evaluac

TRATO

el Contrato

Recepción de artículos

os

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

s de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
DOC CTO-8533-2024.zip	DOC CTO-8533-2024.zip	Comprador	Descargar	Detalle
CUENTA MARZO 2025 CTO 8533-2024.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 8533-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
CUENTA FEBRERO CTO 8533-2024.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 8533-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DICIEMBRE CTO 8533-2024.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 8533-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA ENERO CTO 8533-2024.pdf	CUENTA ENERO CTO 8533-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA ABRIL 2025 CTO 8533-2024.pdf	CUENTA ABRIL 2025 CTO 8533-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo