

**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:	YURI CAROLINA MEDINA TORRES		Número de Documento:	1022945110
Correo Electrónico:	carolinanafr@gmail.com		Número Telefónico:	3219903964
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4702-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
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	Procentaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13803	\$2539752	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2539752	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-02-04	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-23
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 2460448	
2	MARZO	\$ 2620912	
3	ABRIL	\$ 2539752	
4	MAYO	\$ 2539752	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

\$ 14762688		\$ 14762688		\$ 10160864		\$ 4601824		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)			ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN			PRODUCTO O EVIDENCIA		
1	Sistematizar información recolectada en las herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.		-se realiza entrega de productos semanal para digitación, esto corresponde a las matrices según lo realizado de forma semanal.			-formatos de sesiones colectivas y drive		
2	Diseñar piezas comunicativas de acuerdo a las necesidades identificadas.		-se realizan treinta (30) piezas comunicativas en temas solicitados y de interés para la población LGBTI entre estas imágenes y folletos de información			-folletos de educación e imágenes		
3	Realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, Sífilis y Hepatitis B para realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, Sífilis y Hepatitis B con resultado positivo.		-se realizan asesorías en salud según la necesidad de cada usuario en las diferentes localidades dirigidas a población LGBTI (30 asesorías)			-formato de sesiones colectivas		
4	Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación identificar el riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.		-se realizan acciones pedagógicas parchando en las localidades de ciudad bolívar, Usme Tunjuelito dirigidas a población LGBTI (9) actividades pedagógicas.			-formato de sesiones colectivas y ficha técnica		
5	Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios.		-acompañamiento en apropiación territorial para identificación de la población LGBTI por localidades 10 recorridos			-formatos de sesiones colectivas y ficha técnica		
6	Realizar asesorías pretest, post-test y tamizaje VIH, y test Sífilis.		-se realizan pruebas de VIH y sífilis a población LGBTI (150 pruebas) VIH SIFILIS Y 150 de HEPATITS B			-formatos sisco		
7	Canalizar y activar las diferentes rutas integrales de atención en salud.		-se realizan canalizaciones a servicios de salud 6 canalizaciones			-formato de canalizaciones y envió de correo		
8	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.		-2 asistencias técnicas por SDS			-Reunión virtual con formulario de asistencia		
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.		-se realiza gestión documental de mes auditado según lo solicitado por el líder			-carpetas y actas de entrega		
10	Realizar toma de medidas antropométricas, cifras tensionales, y brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en acciones seguras y saludables.		-se realiza seguimiento a casos reactivos para VIH y positivos para sífilis del mes anterior y actuales 9 seguimientos			-formato sisco y base en drive		
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales		-Cursos para fortalecer las capacidades según perfil			-Certificado del curso		

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	\$ 2539752
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	ABRIL	2025	05	26	85925962	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 230800
Salud					NUEVA EPS		\$ 177938	\$ 180400
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 35200
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 446400
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550009400845203	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				YURY CAROLINA MEDINA TORRES		2025-05-23 23:09:36		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-05-27 11:32:13		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-05-27 17:15:54		

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022945110	YURI CAROLINA MEDINA TORRES		Carrera 6c este 91 12 sur	3219903964	carolinanafraf@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

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				
2025-04	2025-04	\$446.400				

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	20	2.400	0	180.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	20	3.000	0	230.800	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	20	500	35.200			347	35.200	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	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	180.400
Pensión	1	227.800	230.800
Riesgos Laborales	1	34.700	35.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	446.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022945110	YURI CAROLINA MEDINA TORRES		Carrera 6c este 91 12 sur	3219903964	carolinanafrat@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	26/05/2025	85925962	\$446.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1022945110	MEDINA TORRES YURI CAROLINA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- 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

< Evalua

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		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 1022945110 CTO 4702-2025.pdf	ARL SURA 1022945110 CTO 4702-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO CTO 4702-2025.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 4702-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL CTO 4702-2025..pdf (Archivado)	CUENTA ABRIL CTO 4702-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO CTO 4702-2025..pdf	CUENTA MARZO CTO 4702-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL CTO 4702-2025.pdf	CUENTA ABRIL CTO 4702-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >