



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

#### 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

#### Documentos de ejecución del contrato

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	Cuenta De Cobro Octubre 2024-CTO-7510-2024 (2).pdf	Cuenta De Cobro Octubre 2024-CTO-7510-2024 (2).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Cuenta De Cobro Noviembre-CTO-7510-2024.pdf	Cuenta De Cobro Noviembre-CTO-7510-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2024-12-01	<b>Hasta:</b>	2024-12-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	CARMEN ROSA PEDRAZA ALDANA		<b>Número de Documento:</b>	39644678
<b>Correo Electrónico:</b>	carmenalexa2004@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3133889605
<b>Nombre del Supervisor:</b>	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	<b>Código Grado:</b> - 242-25

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	7510-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	2537
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	SALUD PÚBLICA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	\$3998136	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 3998136</b>	<b>TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-10-19			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-11-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-11-01	2024-12-31	1	\$ 3998136	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	\$ 3998136	2815
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	OCTUBRE			\$ 1999068	
2	NOVIEMBRE			\$ 3998136	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	DICIEMBRE	\$ 3998136	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5997204	\$ 13993476	\$ 9995340	\$ 3998136
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo.	-SE REALIZAN 93 SESIONES INDIVIDUALES VIRTUALES A ESTUDIANTES , ACUDIENTES, PADRES DE FAMILIA,DE COLEGIOS DE LAS LOCALIDADES DE CIUDAD BOLÍVAR, TUNJUELITO Y USME.	-DRIVE , TABLERO DE CONTROL, FORMATOS,
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en salud mental de acuerdo a la metodología y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y características del desarrollo humano mediante la intervencion.	-SE DA CUMPLIMIENTO A LOS OBJETIVOS Y METAS CON LAS SESIONES INDIVIDUALES VIRTUALES	-DRIVE
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud mental.	-SE TRABAJA CON LOS ESTUDIANTES VIRTUALMENTE, LOS HABITOS SALUDABLES PARA FOMENTARLOS EN LOS HOGARES Y SE BRINDA EDUCACION EN SALUD MENTAL	-FORMATOS, DRIVE
4	4. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones.	-SE REALIZA CONCERTACIÓN CON LOS PADRES DE FAMILIA O ACUDIENTES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS SESIONES INDIVIDUALES VIRTUALES SOLICITANDOLES EL CONSENTIMIENTO DE LAS MISMAS	-DRIVE
5	5. realizar intervencion a casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificacion por parte de las instituciones educativas de acuerdo al lineamiento.	-EN EL PERIODO A CERTIFICAR NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD	-N/A
6	6. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis.	-SE SOCIALIZAN EN LAS DIFERENTES SESIONES INDIVIDUALES VIRTUALES A LOS ESTUDIANTES, LAS LINEAS DE APOYO 123, 106, 141, PURPURA, ENTRE OTRAS.	-FORMATO
7	7. orientacion y canalizacion a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	-SE REALIZAN TRES CANALIZACIONES	-CORREO, FORMATOS
8	8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-SE DILIGENCIAN LOS FORMATOS DE LAS SESIONES INDIVIDUALES VIRTUALES	-FORMATOS,DRIVE DE ENTREGA DE FORMATOS

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
9	9. 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.	-SE REALIZA LA ENTREGA DE SOPORTES PARA LA SISTEMATIZACIÓN	-FORMATOS, TABLERO DE CONTROL
10	10. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-SE ENTREGA DE MANERA OPORTUNA ACTIVIDADES Y PRODUCTOS	-FORMATOS, TABLERO DE CONTROL
11	11. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-SE ENTREGAN LOS INFORMES SOLICITADOS	-INFORMES, CORREO
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	-SE ORGANIZAN Y ENTREGAN LAS CARPETAS	-TABLERO DE CONTROL, SOPORTES, CARPETAS
13	13. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-EN EL PROCESO A CERTIFICAR NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD	-N/A
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SE PARTICIPA EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS : REUNIONES DE EQUIPO Y REUNIONES PRECRÍTICA.	-LISTADO DE ASISTENCIA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11	9478160942	-	\$ 3998136	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS			
Ítem					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 290800
Salud					SÁNTITAS		\$ 199907	\$ 227200
ARL				3	SURA		\$ 38958	\$ 44300
Caja de Compensación				NO			<b>Total</b>	<b>\$ 464136</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	1003692414	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CARMEN ROSA PEDRAZA ALDANA		2024-12-12 20:43:41	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2024-12-13 12:23:23	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-12-13 18:26:39	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-01-17 15:39:48	

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**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025