

**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>	2025-06-01	<b>Hasta:</b>	2025-06-30
<b>Nombre del Contratista:</b>	DEVORA JOHANNA CONTENTO RAMOS		<b>Número de Documento:</b>	1023864558
<b>Correo Electrónico:</b>	devoracontento@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3144893432
<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>	4637-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	51
<b>Perfil:</b>	TECNICO 1 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
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	13804	\$2539936	103.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2539936</b>	<b>DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-01-30			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-03-07
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-02-25	2025-04-09	1	\$ 2624478	402
2	2025-04-08	2025-05-31	2	\$ 1844143	680
3	2025-05-24	2025-06-30	3	\$ 4903658	892
4	2025-06-20	2025-07-31	4	\$ 2540034	1066
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>			
1	FEBRERO	\$ 2353472	
2	MARZO	\$ 2460448	
3	ABRIL	\$ 2595152	
4	MAYO	\$ 2539936	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>
\$ 3116567		\$ 15028880	\$ 9949008
<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>
1	1.Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte	-Apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establecen a nivel local conforme por parte de SDS.	-Actas de apropiación conceptual.
2	1.Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte	-Caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidos en el lineamiento operativo.	-Formatos de caracterización y tamizajes establecidos con calidad y veracidad.
3	3. Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo	-Gestione riesgos identificados en las familias caracterizadas a partir de derivaciones en activaciones de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento.	-Realizar activación de ruta intersectorial de derivaciones en activación de ruta y notificación de evento de interés en salud pública, calidad y veracidad de la medida tomada
4	4.Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población bordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado	-Brindar educación frente a los resultados de los tamizajes, factores de riesgo mediante preventas concretando plan de cuidado familiar, clasificación de riesgo, derivación según riesgo identificado.	-Realizar activación de ruta intersectorial de derivaciones en activación de ruta y notificación de evento de interés en salud pública, calidad y veracidad de la medida tomada.
5	5.Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda. (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos	-Formatos de caracterización, tamizajes establecidos, reporte diario, diligenciamiento de actividades dispuestas por SDS con calidad y veracidad	-Formato de activaciones de ruta y notificación de evento de interés en salud pública, registro en aplicativo dispuesto por SDS.
6	6.Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de promoción que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, obtenidas recomendaciones por parte de los equipos de verificación asignados por la SDS, recomendaciones de acuerdo a hallazgos y/o visitas, precontrato y acompañamiento — informes, actas de precontrato, seguimientos.	-Plan de mejora, actas de precrítica, seguimientos en campo
7	7.Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	-Realizar registros pertinentes en aplicación línea SIRC dispuestos por SDS de manera diaria con calidad y veracidad.	-Registro al aplicativo dispuesto por SDS

<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>
8	8. Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	- Asistencia a reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS.	-Listado de asistencia y actas de reuniones
9	9. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.v	-Realizar proceso de gestión documental a los productos a cargo - Cargue con gestión.	-Carpetas con gestión documental.
10	10. Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	-Realizar proceso de gestión documental a los productos a cargo - Cargue con gestión.	-Carpetas con gestión documental.
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Participación en periferia de los productos asignados. Asistencia a capacitaciones, inmersión en el entorno y otras reuniones a las que se convoque.	-Listado de asistencia y actas de reuniones

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	\$ 2539936
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MAYO	2025	06	11	86995660	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24056257139	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DEVORA JOHANNA CONTENTO RAMOS		2025-06-26 16:12:12		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-06-26 21:11:24		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-06-27 15:40:42		

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	1023864558	DEVORA JOHANNA CONTENTO RAMOS		CALLE 28 BIS SUR No 10 H - 27 ESTE	3622183	DEVORACONTENTO@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	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86995660	\$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	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### 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
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>440.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023864558	DEVORA JOHANNA CONTENTO RAMOS		CALLE 28 BIS SUR No 10 H - 27 ESTE	3622183	DEVORACONTENTO@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				
2025-05	2025-05	\$440.500				

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contenido	Subtipo	Exonerado	Exonerado	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	1023864558	CONTENTO RAMOS DEVORA JOHANNA	59	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



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](#)

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		
<input type="checkbox"/>	DOC-CTO-4637-2025.zip	DOC-CTO-4637-2025.zip	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA FEBRERO CTO 4637-2025.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 4637-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA MARZO 2025 CTO 4637-2025.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 4637-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA ABRIL CTO 4637 2025.pdf	CUENTA ABRIL CTO 4637 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA MAYO 2025 CTO 4637-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 4637-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

## Pago de servicios electrónicos

### Resultado de la transacción

Transacción exitosa.



Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

**FECHA Y HORA**

10 junio 2025 7:00 pm

**DIRECCIÓN IP:** 186.155.12.26

**NÚMERO DE TRANSACCIÓN**

APII5161322702897984

**NÚMERO DE CONFIRMACIÓN**

7984FAZ4

<b>NOMBRE DEL COMERCIO</b>	COMPENSAR-OI
<b>NIT DEL COMERCIO</b>	9998600669427
<b>CÓDIGO DEL SERVICIO</b>	99000
<b>VALOR DE LA TRANSACCIÓN</b>	\$440.500,00
<b>VALOR DEL IMPUESTO</b>	\$0,00
<b>REFERENCIA DE PAGO</b>	86995660
<b>FECHA DE LA SOLICITUD</b>	10 junio 2025
<b>REFERENCIA 1</b>	186.155.12.26
<b>REFERENCIA 2</b>	CC
<b>REFERENCIA 3</b>	1023864558
<b>CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)</b>	1545312132
<b>CICLO DE LA TRANSACCIÓN</b>	1
<b>DESCRIPCIÓN DEL PAGO</b>	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
<b>CUENTA ORIGEN</b>	Cuentamiga *****7139