

**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>	ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO		<b>Número de Documento:</b>	1085332969
<b>Correo Electrónico:</b>	acnatibr@unal.edu.co		<b>Número Telefónico:</b>	3043247478
<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>	5696-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	680
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS SANTA MARTA				

**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	160	0	22430	\$3588800	87%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 3588800</b>	<b>TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-05-05			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-05-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-05-24	2025-06-30	1	\$ 4539823	892
2	2025-06-20	2025-07-31	2	\$ 2534590	1066
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	MAYO			\$ 2534590	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

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

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

\$ 3714417		\$ 10788830		\$ 2534590		\$ 8254240		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)			ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN			PRODUCTO O EVIDENCIA		
1	Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS		No aplica para este periodo			NA		
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		Se realizaron visitas domiciliarias familiares para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos			Usuarios gestionados en aplicativo, sesiones realizadas y formato de asistencia sesiones		
3	Realizar activación de ruta, derivación y 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		Se realiza agendamiento de usuarios según riesgo identificado de cada usuario y núcleo familiar y su respectivo seguimiento.			Gestión de agendamiento en Aplicativo		
4	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		Se realizaron 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			Sesiones en aplicativo		
5	Validar el registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS		Se validó el registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS			Sesiones en aplicativo		
6	Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS		Se participó de manera activa en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS			Listados de asistencia a reuniones, asistencias técnicas y comités de cuidado		
7	Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS		No aplica para este periodo			NA		
8	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.		No aplica para este periodo			NA		
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.		Se mantuvo adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.			Gestión en aplicativo		
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales		No aplica para este periodo			NA		

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	\$ 2534590
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MAYO	2025	06	10	9486706202	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					NUEVA EPS		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	POSITIVA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550488424727730

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO	2025-06-24 17:17:10
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO	2025-06-26 17:34:30
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-27 13:13:04
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO	2025-06-27 22:22:04
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-28 09:50:04
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO	2025-06-28 15:04:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-28 16:14:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-28 20:56:07

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 Montilla*

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085332969		NATIB ROSERO ANGIE CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 167 # 65 86	PASTO-NARIÑO	3043247478	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1544627818	9486706202	I	2025/06/17	2025/06/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
1	CC 1085332969	NATIB ROSERO ANGIE CAROLINA	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS037	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0	
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$440,500</b>	

**BANCO DAVIVIENDA S.A.****CERTIFICA:**

Que **ANGIE CAROLINA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1085332969** y es titular de la cuenta terminada en **\*\*7730** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
10/06/2025	\$ 440.500,00	APORTES EN LINEA	1544627818	44627818

Se expide en Bogotá, el 22-06-2025.

Atentamente,

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**





## VER CONTRATO

## Ejecución del contrato

 Porcentaje  Recepción de artículos

## Plan de Pagos

 ¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  SI  No

Identificación 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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/>	ARL POSITIVA 1085332989 CTO 5898-2025.pdf	ARL POSITIVA 1085332989 CTO 5898-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA MAYO 2025 CTO 5898-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 5898-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Este carné es válido en Colombia.  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación  
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Angie Carolina

Apellidos:

Natib Rosero

Documento  
de identidad:

C.C. - CE - PA - CD - SC - PE - P.P.T. - DE

Número de  
documento:

1 0 9 5 3 3 2 9 6 9

Fecha de  
nacimiento:

Di 1 2 Mes 1 2 Año 1 9 9 6

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toside letárgico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acellular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	24-6-25	50575004	Subcelsu
	Anual		4-2-26	W. Fajney
Covid 19	1º			Auxiliar de Enfermería
	2º			C.C. 92.031.017
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				