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:**	2025-06-01	**Hasta:**	2025-06-30	
Nombre del Contratista:	JENNIFER JULIETH LOZANO MONTOYA		**Número de Documento:**	1031140092	
Correo Electrónico:	jenlozano817@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102843297	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8596-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2882
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-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	164	0	22430	$3678520	92%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3678520**	**TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTEPESOS**					

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	$ 7996272	51
2	2025-01-16	2025-02-28	2	$ 7996272	51
3	2025-02-25	2025-04-09	3	$ 5197577	402
4	2025-04-08	2025-05-31	4	$ 5480546	680
5	2025-05-24	2025-06-30	5	$ 3431790	892

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2025-06-20	2025-07-31	6	$ 2983190	1066

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	DICIEMBRE	$ 2325003
2	ENERO	$ 2911686
3	FEBRERO	$ 3780846
4	MARZO	$ 3998136
5	ABRIL	$ 3768240
6	MAYO	$ 2983190

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2931966	**$ 36017613**	**$ 19767101**	**$ 16250512**

	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	-Asistir a las reuniones programadas para la inclusión de nuevos HCB en la estrategia a implementar, generando un impacto de manera positiva en los menores y las madres comunitarias.	-Actas de reunión Listado de asistencia Cronograma de actividades
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	-Aplicación de escala abreviada del desarrollo a los menores asistentes de los HCB priorizados según sea lo pertinente planteado en el lineamiento, para dar cumplimiento a todos los procesos por parte del perfil de fisioterapia.	-Diligenciamiento oportuno de las bases, escala abreviada del desarrollo, formato de canalizaciones según el caso, actas de entrega oportuna del producto.
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	-Realizar abordaje en las instituciones para la identificación de riesgos en salud, realizar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud, donde se incluyen acciones preventivas y promocionales a la población que hace parte de las instituciones de acuerdo al curso de vida, hábitos de vida saludable, actividad física y acondicionamiento.	-Acompañamiento oportuno a los menores que presenten cambios en el desarrollo por parte del equipo de trabajo realizando los procesos adecuados para cumplir de forma oportuna y profesional con lo requerido por el caso.
4	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	-Realizar proceso de activación de ruta a usuarios que así lo lon con oportunidad y calidad en el diligenciamiento del formato. Realizar acciones de gestión en lo que respeta a orientación a casos de aseguramiento y rutas de acceso a los servicios de salud, activación y movilización de rutas sectoriales e intersectoriales que se requieran. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la ESE	-Aplicación de escala abreviada del desarrollo a los menores asistentes de los HCB priorizados según sea lo pertinente planteado en el lineamiento, para dar cumplimiento a todos los procesos.
5	validar el registro de la informacion con criterios de calidad en el aplicativo en linea dispuesto por la SDS	-Realizar ficha(s) de notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de los eventos identificados durante sus intervenciones según corresponda	-Acompañamiento oportuno a los menores que presenten cambios en el desarrollo por parte del equipo de trabajo realizando los procesos adecuados para cumplir de forma oportuna y profesional.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	-Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la Subred (foliados, rotulados, en carpeta y Formato Único de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.	-Aplicación de escala abreviada del desarrollo a los menores asistentes de los HCB priorizados según sea lo pertinente planteado en el lineamiento, para dar cumplimiento a todos los procesos.
7	Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	-Las demás actividades que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio y del PIC	-Asistir a las reuniones programadas para la inclusión de nuevos HCB en la estrategia a implementar, generando un impacto de manera positiva en los menores y las madres comunitarias.
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	-Diligenciamiento de formatos y bases solicitadas como parte del proceso del abordaje de las instituciones con calidad y de manera oportuna.	-Entrega oportuna de la documentación de los HCB para la digitalización y los procesos.
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Diligenciamiento oportuno y con calidad de los formatos, documentos requeridos y aplicativo de SDS	- Formato de firmas, actas, aplitavivos y fichas de notificación
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Perticipar activamente de las acciones propuestas para fortalecer las acciones ejecutadas por el perfil de terapia, encaminadas a una mejor atención en salud	-Listados de asistencia y demas soportes que sean requeridos

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	$ 2983190
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	87282809	-		
2025	**MAYO**	**2025**	**06**	**24**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIENTONOVENTAPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 242100**
Salud		COMPENSAR		$ 177938	**$ 189200**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 36900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 468200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	570475370023321

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNIFER YULIETH LOZANO MONTOYA	2025-06-24 18:18:33
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-27 13:15:59
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNIFER YULIETH LOZANO MONTOYA	2025-06-28 12:08:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-28 14:02:27
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-28 20:41:45

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031140092	JENNIFER JULIETH LOZANO MONTOYA	DIAG 49 54B08 SUR	8077258	jenlozano817@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	24/06/2025	87282809	$468.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	189.200	0		0		0	0	0	0	189.200	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	242.100	0	0	0	0	0	0		242.100	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	36.900				36.900	0	0	36.900			369	36.900	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	189.200	189.200
Pensión	1	242.100	242.100
Riesgos Laborales	1	36.900	36.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	468.200	468.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031140092	JENNIFER JULIETH LOZANO MONTOYA		DIAG 49 54B08 SUR	8077258	jenlozano817@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	24/06/2025	87282809	$468.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1031140092	LOZANO MONTOYA JENNIFER JULIETH	59	0			N																	230301	1.513.000	242.100	0	0	0	0	EPS008	1.513.000	189.200	14-11	1.513.000	3	36.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Gmail

Jennifer Lozano <jenlozano817@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1571795903

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 22 de junio de 2025, 7:26 a.m.
Para: jenlozano817@gmail.com

¡Hola, JENNIFER JULIETH LOZANO MONTOYA!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 468.200

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 22/06/2025

CUS: 1571795903

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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? 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	DOC CTO-8596-2024.zip	DOC CTO-8596-2024.zip	Comprador	Descargar	Detalle
	CUENTA ENERO CTO 8596-2024.pdf (Archivado)	CUENTA ENERO CTO 8596-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2025 CTO 8596-2024.pdf	CUENTA ENERO 2025 CTO 8596-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO2025 CTO 8596-2024.pdf	CUENTA FEBRERO2025 CTO 8596-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025 CTO 8596-2024.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 8596-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2025 CTO 8596-2024.pdf	CUENTA ABRIL 2025 CTO 8596-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2025 CTO 8596-2024.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 8596-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >