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:	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO		**Número de Documento:**	51902213	
Correo Electrónico:	clapamomo@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3014524662	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8559-2024	**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	184	0	22430	$4127120	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4127120**	**CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS**					

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	$ 7307184	680
5	2025-05-24	2025-06-30	5	$ 4127120	892

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2025-06-20	2025-07-31	6	$ 4127120	1066

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	DICIEMBRE	$ 2803041
2	ENERO	$ 3998136
3	FEBRERO	$ 3998136
4	MARZO	$ 3998136
5	ABRIL	$ 4508430
6	MAYO	$ 4127120

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2931966	**$ 39683511**	**$ 23432999**	**$ 16250512**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-SE RECIBE CAPACITACION EN LOS LINEAMIENTOS Y FICHAS DEL CONVENIO	-LISTAS DE ASISTENCIA
2	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 REALIZA LA ATENCIÓN ESTABLECIDA A CADA MIEMBRO PRESENTE EN EL GRUPO FAMILIAR SEGÚN LINEAMIENTO	-BASE DE DATOS DIARIA FORMATOS DE SEGUIMIENTO
3	3. Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes	--SE RECIBEN RECOMENDACIONES GENERALES POR PARTE DEL EQUIPO TÉCNICO ATENDIENDO A LAS CORRECCIONES A LAS QUE HAYA LUGAR	-APLICATIVO Y FORMATOS DE SEGUIMIENTO
4	4. Realizar activación de ruta, derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-SEGÚN RIESGO O ALTERACION SE REALIZA LAS NOTIFICACIONES Y ACTIVACIONES DE RUTA	-FICHAS DE NOTIFICACION, APLICATIVO, DERIVACIONES
5	5. 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	-SEGÚN RIESGO O ALTERACION SE REALIZA LAS NOTIFICACIONES Y ACTIVACIONES DE RUTA	-FICHAS DE NOTIFICACION, APLICATIVO, DERIVACIONES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizado la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	-DURANTE LA VISITA SE SOLICITA FIRMA DE CONSENTIMIENTO Y SE ENTREGA PLAN DE CUIDADO	--SE ENTREGA SOPORTE DE CONSENTIMIENTO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ENTREGA DE PLAN DE CUIDADO
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	-SE RECIBE CAPACITACION EN LOS LINEAMIENTOS Y FICHAS DEL CONVENIO	-LISTAS DE ASISTENCIA
8	8. Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	--SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DE MANERA ARTICULADA CON EL EQUIPO DE EQUIPO DE RURALIDAD ATENDIENDO A LAS DIRECTRICES DEL LÍDER OPERATIVO	-FORMATOS DE SEGUIMIENTO, APLICATIVO, DRIVE
9	9. 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.	--PROGRAMAR CITA PARA VALORACIÓN DOMICILIARIA SEGÚN BASE DE BÚSQUEDA DE LOS USUARIOS POR RUTEO.	-SEGÚN LOS USUARIOS ATENDIDOS QUEDA EL SOPORTE DE LA BASE Y APLICATIVO
10	10. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	--DURANTE LA VISITA SE SOLICITA FIRMA DE CONSENTIMIENTO	--REPORTE DE LAS VALORACIONES DE LOS TAMIZAJES
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	--SE REALIZA CANALIZACIÓN POR SIRC A LOS USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE CAPITAN EN EL DISTRITO	-CANALIZACIÓN SIRC

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	$ 4127120
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	87389905	-		
2025	MAYO	2025	06	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1650848	$ 264136	**$ 265600**
Salud		SÁNITAS		$ 206356	**$ 207500**
ARL	3	POSITIVA		$ 40215	**$ 40600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 479109**	**$ 513700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550009000139510

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO	2025-06-23 20:34:50
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-28 14:46:46
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO	2025-06-28 16:42:42
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO	2025-06-28 16:45:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO	2025-06-28 16:53:07
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-28 17:05:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-28 20:32:11

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

© Siasur - 2025

5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

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		
☐	CTA DICIEMBRE 2024 CTO 8559-2024.pdf	CTA DICIEMBRE 2024 CTO 8559-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA ENERO 2025 CTO 8559-2024.pdf	CTA ENERO 2025 CTO 8559-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DOC CTO-8559-2024.zip	DOC CTO-8559-2024.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTA FEBRERO 2025 CTO 8559-2024.pdf	CTA FEBRERO 2025 CTO 8559-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025 CTO 8559-2024.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 8559-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTA marzo 2025 CTO 8559-2024.pdf	CTA marzo 2025 CTO 8559-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA ABRIL 2025 CTO 8559-2024.pdf	CTA ABRIL 2025 CTO 8559-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2025 CTO 8559-2024.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 8559-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTA MAYO 2025 CTO 8559-2024.pdf	CTA MAYO 2025 CTO 8559-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Datos guardados

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	51902213	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO	kra 38 12-57 sur	3014524662	clapamomo@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	13/06/2025	87389905	$547.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	206.400	0		0		0	8	1.100	0	207.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	264.200	0	0	0	0	8	1.400	0	265.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	40.300				40.300	8	300	40.600			403	40.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	33.100	8	200	33.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	206.400	207.500
Pensión	1	264.200	265.600
Riesgos Laborales	1	40.300	40.600
CCF	1	33.100	33.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	544.000	547.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51902213	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO		kra 38 12-57 sur	3014524662	clapamomo@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	13/06/2025	87389905	$547.000	

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	Estornudo	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	51902213	MORA MORENO CLAUDIA PATRICIA	59	0			N																	25-14	1.651.000	264.200	0	0	0	0	EPS005	1.651.000	206.400	14-23	1.651.000	3	40.300	CCF24	1.651.000	33.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1551028075

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
13/06/2025

Número de aprobación
00028075

Dirección IP
190.27.85.56

Valor transacción
$ 547.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	51902213

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA