

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-06-01	Hasta:	2025-06-30
Nombre del Contratista:	MARILU PARRA RODRIGUEZ		Número de Documento:	1015444914
Correo Electrónico:	marilu0416.p@gmail.com		Número Telefónico:	3046503809
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5777-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	680
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	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	160	0	22430	\$3588800	87%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3588800	TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-05-19			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-05-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-05-24	2025-06-30	1	\$ 4127120	892
2	2025-06-20	2025-07-31	2	\$ 3585804	1066
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MAYO			\$ 1659820	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

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

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

\$ 2201136		\$ 9914060		\$ 1659820		\$ 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			-Hacer una comprensión clara de las directrices y hojas técnicas del convenio para realizar visitas de acuerdo a mi perfil como enfermera, las cuales me fueron brindadas por el profesional de apoyo y el líder del proceso		- Acta	
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			-Cumplir con las actividades establecidas en los lineamientos del convenio a través de visitas domiciliarias a pacientes dadas por ruteo		-Listas de asistencia de los usuarios Aplicativo GTAPS- SDS	
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 realiza intervenciones a toda la familia de la persona asignada por ruteo con el fin de llevar a cabo un plan familiar		-Listas de asistencia de los usuarios - Aplicativo GTAPS- SDS	
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			-De acuerdo a hallazgos de pacientes que requieran alguna intervención que deba ser notificada se hace la respectiva canalización.		-Canalizaciones	
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			- A través de los seguimientos, la caracterización de familiar se brinda la educación perteneciente y se identifica los riesgos que pueden derivar en complicaciones en salud para el usuario.		-Aplicativo GTAPS-SDS	
6	Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizando la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.			-Aun no realizamos historias clínicas pero subimos la información al aplicativo GTAPS-SDS		-aplicativo GTAPS-SDS	
7	Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS			-Asistencia a todos los fortalecimientos, retroalimentación y capacitaciones en las que nos citen.		-Listas de asistencia de cada reunión	
8	Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS			-Presentar bases y todos los informes correspondientes a las actividades que realizo como enfermera.		-Listas de asistencia Aplicativo GTAPS-SDS Drive de estrategia de ángeles guardianes	
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.			-Asistir a retroalimentaciones para mejorar las actividades realizadas en campo.		-Listas de asistencia a fortalecimientos	
10	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.			-Guardar la documentación generada por las actividades desarrolladas en campo y con los pacientes.		-Listas de asistencia generadas en intervenciones individuales y planes de cuidado familiar	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Intervenciones individuales y colectivas Planes de cuidado familiar	-aplicativo GTAPS-SDS

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	\$ 1659820
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MAYO	2025	06	27	5167281896	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 440500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	82800044169	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARILU PARRA RODRIGUEZ		2025-07-01 12:24:33	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-07-01 12:31:21	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-07-01 15:39:04	

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)

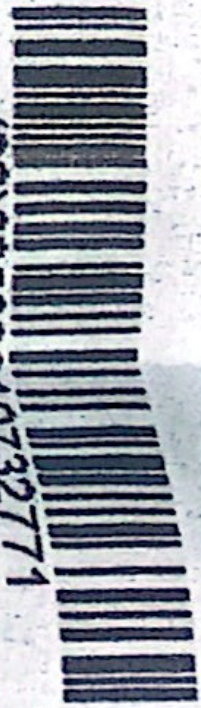
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD



DAVIVIENDA



(92)02500910732771

FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del convenio

Código convenio / No. cuenta

Referencia 1

Referencia 2

No. factura

Valor

No. factura

Valor

FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

Efectivo

Cheque

CARGO A CUENTA O TARJETA DE CREDITO

Cuenta de Ahorro

Cuenta Corriente

Tarjeta de Crédito

RELACION DE CHEQUES LOCALES

Código banco

No. Cheque

No. cuenta / tarjeta (origen fondos)

No. cuenta del cheque

Valor

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$

No. cheques

Total cheque \$

Total \$

223.600

223.600

Valor a cobrar \$

Identificación del beneficiario:

Planilla asistida Pin único

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario:

Identificación del beneficiario:

Periodo liquidado (AAAA/MM)

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCION

Nombre y apellidos

Teléfono

No. documento

Ciudad

Documento identidad: CC CE TI NIT

Firma de quien realiza la transacción

Huella

- CLIENTE -

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora. Comprobante válido con el sello del cajero.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA BOGOTA DISTRITO CAPITAL CALLE 181C#9-30 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	1015444914 MARILU PARRA RODRIGUEZ BOGOTA - DISTRITO CAPITAL 4880176 I-INDEPENDIENTE Comercio al por mayor de computadores, equipo per NO	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	MES mayo AÑO 2025 22 2025/06/27	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN:	I-INDEPENDIENTES 2025 MAYO AÑO 0804576374

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE			APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		APORTES	MORA	DESCUENTO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 113.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.700	\$ 0	\$ 113.900	\$ 1.700	\$ 115.600
SUBTOTALES:										\$ 113.900	\$ 1.700	\$ 115.600

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 89.000	\$ 0	\$ 1.300	\$ 0	\$ 89.000	\$ 1.300	\$ 0	\$ 90.300
SUBTOTALES:													\$ 89.000	\$ 1.300	\$ 0	\$ 90.300

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 17.400	\$ 17.400	\$ 300	\$ 0	\$ 17.700
SUBTOTALES:									\$ 17.400	\$ 300	\$ 0	\$ 17.700

DATOS DEL COTIZANTE																LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES												PARAFISCALES																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU			
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE					DÍAS COT	IBC	ADMIN
1	CC 1015444914	PARRA RODRIGUEZ MARILU	INDEPENDIENTE		\$ 1.423.500				NO	16															25-14 COLPENSIONES	15	\$ 711.750	\$ 113.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 113.900	EPS017-FAMISANAR	15	\$ 711.750	\$ 89.000	\$ 0	\$ 89.000	14-11 - ARL SURA	15	\$ 711.750	1015444914	\$ 17.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 223.600

- el contrato
- neral
- ios
- el Proveedor
- el contrato
- supuestal
- Contrato**
- del Contrato
- s

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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 1015444914 CTO 5777-2025.pdf	ARL SURA 1015444914 CTO 5777-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025 CTO 5777-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 5777-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >