

	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:	LINA MARCELA ZABALA LOZANO		Número de Documento:	1026597696	
Correo Electrónico:	linazabalanutri@gmail.com		Número Telefónico:	3187484646	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1323-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	25881	\$4762104	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4762104	CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-02		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-23
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-04-21		1	\$ 1010896	711
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 4613064	
2		FEBRERO		\$ 4613064	
3		MARZO		\$ 5064342	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	ABRIL	\$ 4762104	
5	MAYO	\$ 4762104	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 31215107		\$ 32226003	\$ 23814678
			\$ 8411325
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Hacer Revisión y apropiación conceptual de documentos marco relacionados con el tema en cuestión.	-No se requirió para el mes actual, se realizó en el mes de noviembre al ingreso a la Subred Sur y en el mes de diciembre como actualización del lineamiento del nuevo convenio.	-No aplica para el mes actual.
2	2. Elaborar del plan de acción.	-Se realizó la elaboración en el mes de diciembre al inicio de la vigencia actual. Para el mes actual, se diligencia el avance correspondiente de manera mensual de acuerdo con los tiempos establecidos.	Correo de envío del diligenciamiento del plan de acción en los tiempos correspondientes-
3	3. Realizar acompañamiento, participación y cumplimiento de compromisos en el marco de la mesa técnica de seguridad alimentaria de la subred o la que haga sus veces.	-Se participa en la mesa técnica de seguridad alimentaria y nutricional de la Subred Sur correspondiente al mes actual 19_06_2025	-Acta de la Mesa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
4	4. Asistir a Reuniones acorde a necesidad entre el profesional especializado y universitario del producto de Gestión en Salud y Nutrición del Entorno Institucional, o con el profesional de Implementación, seguimiento y monitoreo de estrategias distritales relacionadas con Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil del Entorno Institucional o el profesional de Gestión del Programa Madre Canguro de GPAISP.	- "Se realiza reunión para generar articulación en las acciones que se llevan a cabo desde diferentes perfiles, entornos y/o transversalidades para el desarrollo mancomunado de las obligaciones y cumplimiento del lineamiento. - Profesional especializado y profesional universitario de Gestión en Salud y Nutrición 13_06_2025 - Capacitación Manejo Hospitalario de la Desnutrición Aguda en Menor de 5 años (convocado por Famisanar) 06_06_2025"	-Acta(s) de reunión
5	5. Hacer el Diligenciamiento de la base de seguimiento a proyectos de Inversión.	-Se proyecta realizar diligenciamiento de acuerdo con los tiempos establecidos.	-Correo de envío del diligenciamiento de la matriz de proyectos de inversión en los tiempos correspondientes
6	6. Realizar Gestión de dificultades que se presenten en el proceso de gestión en salud y nutrición o en las temáticas priorizadas en la IPS, cuando aplique.	-Se realiza envío de correo a referente de SDS dando a conocer las dificultades presentadas de: Dificultad gestión IPS Bienestar Sede El Ensueño 20_06_2025	-Correo(s) a SDS evidenciando la(s) dificultad(es) presentada(s)
7	7. Participar en las jornadas de direccionamiento técnico y operativo a demanda de la Secretaría Distrital de Salud, así como respuesta dentro de los tiempos establecidos a las solicitudes de información realizadas desde nivel central.	- "Se asiste a las reuniones con referente de SDS en el mes actual, de acuerdo con las convocatorias realizada por la referente. - Manejo integrado del exceso de peso 05_06_2025 - Articulación ruta de atención al riesgo de desnutrición aguda 12_06_2025"	-Actas de reunión
8	8. Asistir a Reunión mensual con los profesionales del producto Gestión en Salud y Nutrición (perfil universitario 1) de las cuatro Subredes.	-Se asiste a la reunión mensual con los profesionales de las cuatro Subredes para la revisión centralizada de las cohortes priorizadas y generación de estrategias de trabajo articulado que permitan el cumplimiento del plan de acción.	-Acta de reunión

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Participar en las mesas de trabajo que convoque nivel central con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB para la revisión y acompañamiento en el seguimiento a la atención integral en salud de las cohortes priorizadas que realizan dichas entidades.	-No se convocan desde SDS mesas de trabajo para la revisión y acompañamiento en el seguimiento a la atención integral en salud de las cohortes priorizadas.	-No aplica para el mes actual.
10	10. Hacer la selección de los casos de niños, niñas y gestantes que harán parte de las cohortes priorizadas a partir de las bases de datos compartidas por nivel central de manera mensual, de acuerdo con los criterios y formatos definidos en Realizar acompañamiento técnico con nivel central.	-Se realiza la selección de los 40 casos de las cohortes priorizadas, de acuerdo con las bases de datos compartidas desde nivel central.	-Formato de casos de cohortes priorizadas diligenciado
11	11. verificar la atención integral en salud de las cohortes priorizadas, de acuerdo con lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, en los formatos establecidos por nivel central o en acta de reunión de la visita realizada a la EAPB e IPS.	-"Se realizan las 5 visitas presenciales a las IPS para la revisión de los casos de las cohortes priorizadas, de acuerdo con las bases de datos compartidas desde nivel central. Se continúa la implementación del Instrumento de Adherencia a la Ruta de Riesgo de Desnutrición Aguda."	-Instrumentos de adherencia a la ruta de riesgo de desnutrición aguda diligenciados
12	12. Realizar Gestiones ante las EAPB e IPS por medio de una o varias de las siguientes acciones: correos, visitas, oficios, canalizaciones al SIRC, reuniones u otras formas de acuerdo con la dinámica de la EAPB o la Subred, según necesidades y hallazgos identificados.	-Se realizan las gestiones correspondientes ante las EAPB, IPS y/o usuarios por medio de llamadas telefónicas, correos, canalizaciones y/o reuniones.	-"Correos, canalizaciones y/o acta de reunión Base de registro de seguimientos a los casos"
13	13. Realizar Gestión intersectorial de los casos que lo requieran de las cohortes priorizadas por medio de las acciones que defina la Subred de acuerdo con sus dinámicas o convenios.	-Se realiza gestión intersectorial de los casos de cohortes priorizadas.	-Correos, canalizaciones, acta de reunión y/o bases de datos de SDS
14	14. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental	-Se proyecta entrega del archivo correspondiente a la intervención realizada para el mes actual, de acuerdo a las dinámicas del producto #21 y a la concertación con la profesional de apoyo del entorno.	-Soportes entregados físicos y/o cargados digitales de la intervención realizada durante el mes actual
15	15. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-"Se realizan las siguientes actividades: - Cronograma del mes actual y proyección del mes siguiente. - Reunion de equipo del Entorno Institucional"	-Acta de reunión, listados de asistencia, archivos de drive y/o evidencia fotográfica de asistencia presencial o virtual.

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	\$ 4762104
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	87330049	FEL-29		
2025	MAYO	2025	06	16				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1904842	\$ 304775	\$ 304800
Salud					COMPENSAR		\$ 238105	\$ 238200
ARL				3	POSITIVA		\$ 46402	\$ 46500
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 552823	\$ 589500

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta 765125331

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINA MARCELA ZABALA LOZANO	2025-06-20 19:22:47
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-23 10:17:15
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-25 11:41:39

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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026597696	LINA MARCELA ZABALA LOZANO		Tv 64#1-55	3187484646	linazabala22@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	87330049	\$589.500
TOTAL A PAGAR					

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	238.200	0		0		0	0	0	0	238.200	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	304.800	0	0	0	0	0	0		304.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	46.500				46.500	0	0	46.500			465	46.500	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	238.200	238.200
Pensión	1	304.800	304.800
Riesgos Laborales	1	46.500	46.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	589.500	589.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026597696	LINA MARCELA ZABALA LOZANO		Tv 64#1-55	3187484646	linazabala22@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	87330049	10
					TOTAL A PAGAR
					\$589.500

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de riesgo	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1026597696	ZABALA LOZANO LINA MARCELA	59	0		N																			EPS008	1.904.842	238.200	14-23	1.904.842	3	46.500		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA



Descubre todos los días
un beneficio diferente
#MegustanLosDíasItaú
Conoce más en www.italy.co/alianzas

En Itaú, todo lo hacemos por ti.

SELECCIÓN - CONFIRMACIÓN - **RESPUESTA**

Respuesta Pagos Electrónicos

Transacción Exitosa



Débito realizado Exitosamente.

Seleccione el botón terminar para confirmar la transacción con el establecimiento.

Su número de autorización es: 2146420623
Fecha y hora de la operación: Mon Jun 16 11:17:17 GMT-05:00 2025
Debitado de la cuenta: Cuenta de Ahorro
Nómina - *****5331
Empresa facturadora: COMPENSAR-OI
Número de la factura: 87330049
Valor: \$589,500.00
Descripción: MiPlanilla.com Pago
Proteccion Social

Como soporte de esta transacción, por favor haga Click en el botón imprimir.

Cualquier inquietud, comuníquese con nuestro Número Único por ciudad:

Bogotá	581 8181	Cartagena	693 1818
Medellín	604 1818	Cali	486 1818
Bucaramanga	697 1818	Pereira	340 1818
Barranquilla	385 1818	Manizales	887 9818
Otras ciudades	018000 512633		

Imprimir

Terminar

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

 Datos guardados

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		
☐	1323_01_2025.pdf	4. 1323_01_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_02_2025.pdf	4. 1323_02_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_03_2025.pdf	4. 1323_03_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_04_2025.pdf	4. 1323_04_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_05_2025.pdf	4. 1323_05_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >



LINA MARCELA ZABALA LOZANO

Lina M. Zabala Lozano

NUTRICIONISTA DIETISTA
Universidad Nacional de Colombia

NIT 1026597696-3
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764089367138
Fecha 24/02/2025 - 24/08/2025
Autorización de Facturación Electrónica del FEL-23 al
FEL-1000
Email: linazabalanutri@gmail.com
Teléfono: 3187484646

Departamento	Fecha		
Bogotá	20	06	2025

FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA

N° FEL - 29

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. **NIT:** 900958564-9 **Fecha de firmado:** 20/06/2025 18:16:08
Dirección: CARRERA 24 C 54 47 SUR **Departamento:** Bogotá **Teléfono:**
Email: contactenos@subredsur.gov.co **Método de Pago:** Contado **Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria
Vencimiento: Julio 10 del 2025 **Hora emisión:** 18:16:04-05:00 **Moneda:** COP Colombia, Pesos
Fecha de pago: 10/07/2025
Total de Lineas: 1

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	ND03	184,00	HONORARIOS NUTRICIONISTA PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 PIC	HUR				\$25.881,00	\$4.762.104,00
Notas:								Subtotal:	\$4.762.104,00
								Cargos:	\$0.00
								Descuento:	\$0.00
SON: (cuatro millones setecientos sesenta y dos mil ciento cuatro pesos) CUFE: 7a25f876c45f44e1b0e92eb3a0ac55e9ed1b6ab5665a59e2da0ca2a413e5943910e600fe4b2a1f8f0e626e1f11ba6c00								Total:	\$4.762.104,00

Firma Digital: bI4h1Me1DriMoxNn+RSSVgOjr/1haSI8tMijh8TITHKIWzI6mQJtyIpuQffOppUz tlvdSLUBUwgE6PazKkd0XE8g8PR29WDoMhnmCxma0jBARJ/Ha U9YFFUuG14N3T8 ZLRoFMw4sM+miuZo1rXVfh+FXVQm9Tfp2iqv3si4/bNMrl2UHhC07BJqyHl8Fo pa9ANES9JP8LnTNJsxbyYtxG+JbghhJ5I4U hmJUKNOPdYNNVS2z1+I3A1q/M+Pq7 CDLrxu5uwK2WWzSwKw+6iswEA3s6DwVucDn8hz7kPu5T1nY15MhyK+2x2fyHTCRe 9+MaY9Fs0f/Rgr6ZH3F Hw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

