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:**	2025-07-01	**Hasta:**	2025-07-31	
Nombre del Contratista:	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS		**Número de Documento:**	52370874	
Correo Electrónico:	jazmintorresgualteros@gmail.com		**Número Telefónico:**	3103481767	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1286-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	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	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	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		2025-01-03		**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	$ 875507	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 6190680	1197

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 3998136
2	FEBRERO	$ 3998136

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 4389258
4	ABRIL	$ 4127120
5	MAYO	$ 4127120
6	JUNIO	$ 5226190

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 27054013	**$ 34120200**	**$ 25865960**	**$ 8254240**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	-1. Realizar sesiones de prácticas adecuadas en salud bucal incluidas en el plan de cuidado de los colegios priorizados.	-1. Diligenciar correctamente formato de sesiones colectivas.
2	2. realizar la clasificacion, identificacion de riesgos y sensibilizacion de los cursos priorizados para la intervencion.	-2. Desarrollo de 62 sesiones de clasificación, identificación de riesgos y sensibilidad en salud bucal. Se realizan 31 sesiones en sonrisa saludable, 17 sesiones en llamadas y 14 sesiones colectivas.	-2. Diligenciar correctamente, actas de concertación registro fotográfico y formato sesiones colectivas.
3	3. hacer seguimientos telefonico a los escolares y sus familias en salud oral.	-3. Ejecución de seguimientos o acompañamientos telefónicos a los escolares y familias identificadas con riesgo bucal.	-3. Diligenciamiento del portal educativo
4	4. diligenciar bases de datos de seguimiento a la poblacion escolar en salud oral intervenida.	-4. Registrar en bases de datos establecidas para el seguimiento a los escolares intervenidos por el producto salud bucal.	-4. Aplicativo distrital portal educativo, tablero de control, formato de sesiones colectivas.
5	5. canalizar y redireccionar la poblacion con riesgo en salud oral.	-5. Diligenciar el instrumento de activación de ruta de canalización de acuerdo con as necesidades identificadas en los usuarios.	-5. Envió de formatos de canalización correos, seguimiento a canalizaciones.
6	6. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-6. Diligenciar formatos ficha de verificación de la técnica de higiene bucal.	-6. Diligenciar correctamente formato de sesiones colectivas.
7	7. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-7. Entregar oportunamente los soportes para su debida sistematización.	-7. Fichas de higiene bucal sistematizadas por GESI
8	8. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-8. Entrega oportuna de actividades productos e informes obtenidos y solicitados según indicaciones técnicas.	-8. Formatos, actas, fichas e informes del producto jardines.
9	9. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-9. Disponibilidad para ejecutar las actividades asignadas.	-9. Disponibilidad para ejecutar las actividades asignadas.
10	10. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-10. Gestión de fichas de verificación de higiene bucal	-10. Fichas de verificación de higiene bucal diligencias, foliadas y rotuladas.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-11. Notificar al jefe inmediato cualquier novedad que pueda intervenir al momento de desarrollar los procesos.	-11. Diligencias las actas y demás informes solicitados.
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-12. Asistir a las reuniones convocada por el supervisor o jefe inmediato.	-12. Lista de asistencia, formatos.

© Siasur - 2025

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	$ 5226190
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1074278490	-		
2025	**JUNIO**	**2025**	**07**	**17**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CIENTONOVENTAPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2090476	$ 334476	**$ 334500**
Salud		COMPENSAR		$ 261310	**$ 261400**
ARL	3	SURA		$ 50924	**$ 51000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 606698**	**$ 646900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	272157900

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS	2025-07-26 07:41:38
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-07-29 10:13:48
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS	2025-07-29 15:02:25
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-07-29 15:50:10
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS	2025-07-30 12:29:05
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-07-30 12:49:40
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-07-31 14:50:49

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-23, 08:40:58 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074278490

Periodo Cotización: junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

PAGADO 17/07/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS		
Documento	CC52370874	**Dirección**	CR 29C SUR #11 A - 55
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4778590
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52370874	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS	59	00									X							0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.072.256	$ 331.600	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 2.072.256	$ 259.100	2,436	$ 2.072.256	$ 50.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.072.256	$ 41.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 682.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.072.256	$ 2.072.256	$ 2.072.256	$ 2.072.256	$ 331.600	$ 259.100	$ 50.500	$ 41.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 682.700	$ 1.100	$ 683.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-30, 11:45:41 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1074484635

Nro Planilla Corregida: 1074278490 **Periodo Cotización:** junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

PAGADO 30/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS		
Documento	CC52370874	**Dirección**	CR 29C SUR #11 A - 55
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4778590
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52370874	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS	59	00								A	X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.072.256	$ 331.600	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 2.072.256	$ 259.100	2,436	$ 2.072.256	$ 50.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.072.256	$ 41.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 682.700
CC 52370874	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS	59	00								C	X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.093.000	$ 334.900	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 2.093.000	$ 261.700	2,436	$ 2.093.000	$ 51.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.093.000	$ 41.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 689.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 20.744	$ 20.744	$ 20.744	$ 20.744	$ 3.300	$ 2.600	$ 500	$ 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 400	$ 7.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

< Evalua

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

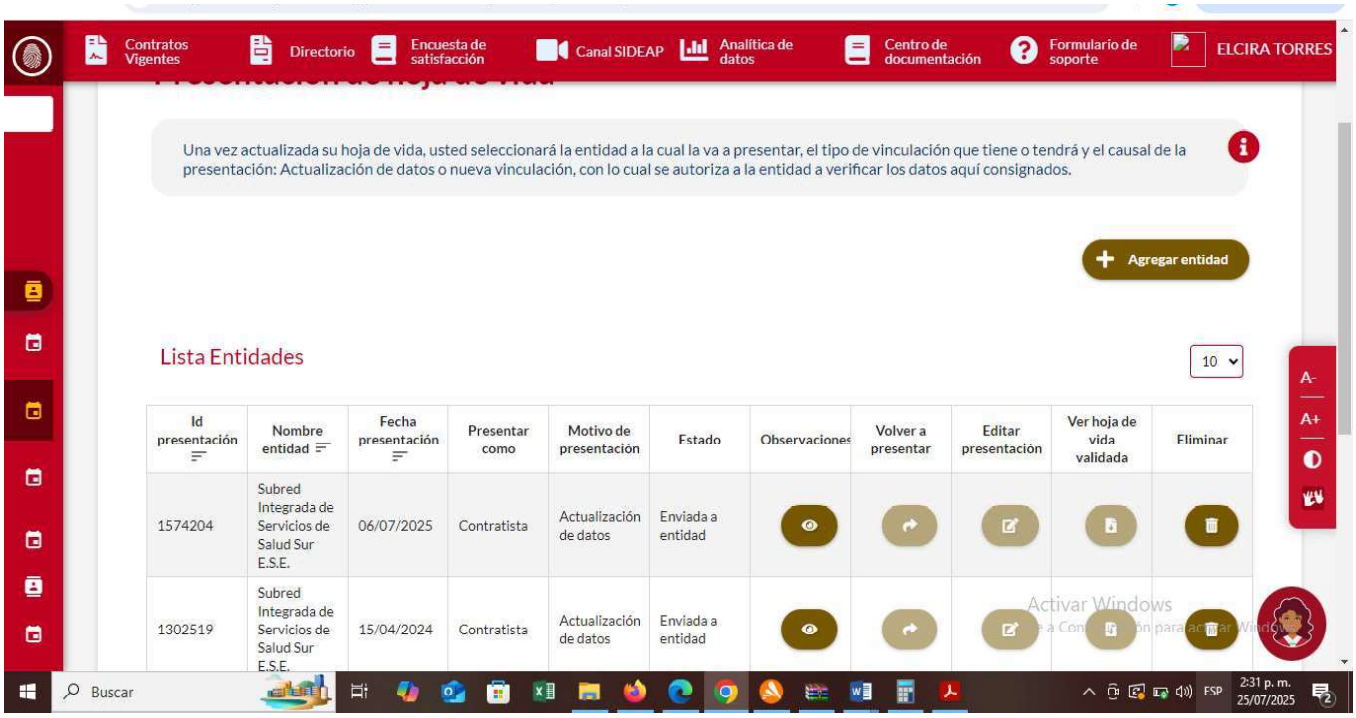
	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA ENERO 2025 CTO 1286-2025.pdf	CUENTA ENERO 2025 CTO 1286-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1286-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1286-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025 CTO 1286-2025.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 1286-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2025 CTO 1286 -2025.pdf	CUENTA ABRIL 2025 CTO 1286 -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2025 CTO 1286 -2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 1286 -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2025 CTO 1286-2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 1286-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ACTUALIZACIÓN SIDEAP
ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS



PANTALLAZO BIENES Y RENTAS
ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Última Actualización: 06-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52370874 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 29 C 11 A 55 SUR **Teléfonos** 3103481767 3103481767

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALQIRIADES TORRES GUALTEROS	[illegible]	[illegible]

PANTALLAZO CONFLICTO DE INTERESES
ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS
Identificación:	52370874
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	jazmintorresgualteros@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	06/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos

SIGEP
ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS

