

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-08-01	Hasta:	2025-08-31
Nombre del Contratista:	MARIA ALEJANDRA MEDINA VELASQUEZ		Número de Documento:	1023013989
Correo Electrónico:	alejatrab@gmail.com		Número Telefónico:	3192022386
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6038-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1066
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO I-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	184	0	25881	\$4762104	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4762104	CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-07-01			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-07-25	2025-08-31	1	\$ 4603361	1267
2	2025-08-27	2025-09-30	2	\$ 4762104	1472
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	JULIO			\$ 4762104	

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

\$ 4920847		\$ 14286312	\$ 4762104	\$ 9524208
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Apoyar la socialización con profesionales de salud y promotores, explicando de forma detallada el esquema de priorización de usuarios con base en los criterios de riesgo establecidos.	-- Fortalecimiento	-- Listado de asistencia y actas de Reunión	
2	Presentar los resultados esperados conforme a los indicadores definidos para cada cohorte de riesgo.	- Asistencia y entrega de resultados en Reunión mensual	- Asistencia a Reunión mensual	
3	Definir e implementar estrategias para el seguimiento efectivo de cada cohorte, en articulación con los equipos operativos.	- Acercamiento socialización de las problemáticas	- Acta	
4	Realizar acompañamiento en campo para el monitoreo de la oportunidad y pertinencia de la gestión del plan de cuidado en los casos asignados, asegurando la adecuada intervención por parte del profesional de salud.	- Seguimiento a base ruteo y Seguimiento casos	- Acta	
5	Brindar fortalecimiento técnico a los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), mediante procesos de capacitación y actualización continua.	- Fortalecimiento componente de discapacidad	- Reunión virtual, toma de asistencia y acta de Reunión	
6	Apoyar el cumplimiento de las acciones de intervención definidas en los planes de cuidado de cada cohorte de riesgo, asegurando su adecuada ejecución en el territorio.	- Seguimiento Aplicativo GTAPS	-Acta	
7	Realizar el monitoreo continuo de los indicadores establecidos para cada cohorte de riesgo, utilizando herramientas como tableros de control y articulación con el profesional de acceso, con el fin de garantizar una gestión basada en resultados.	- Seguimiento plano ruteo y maestra de cohorte	-- Maestra y Plano Ruteo	
8	Verificar el proceso de gestión y concertación de intervenciones realizadas por el profesional responsable, asegurando el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos.	- Seguimiento en campo	-- Acta de Reunión	
9	Hacer seguimiento al reporte de actividades en la plataforma GTAPS, garantizando la trazabilidad, calidad y efectividad de las intervenciones registradas.	- Identificación de casos sin gestión, acompañamiento a profesional encargado y solución para el cargue de la información en base ruteo	- Matriz cohorte, ruteo, planes de cuidado familiar	
10	Revisar la cobertura de intervención para todas las cohortes de riesgo, evaluando la efectividad en la respuesta a derivaciones, así como la oportunidad en el agendamiento según las necesidades identificadas.	-- Revisión diaria de los casos caracterizados por los terapeutas	Información vía WhatsApp y correos	
11	Realizar análisis de resultados obtenidos durante la fase de control, evaluando el cumplimiento de los indicadores clave y detectando oportunidades de mejora.	- Registrar en informe de gestión las diferentes resultados evidenciando avances frente a los procesos de ruteo.	- Informe	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	Implementar acciones de refuerzo técnico dirigidas a los profesionales de salud, orientadas a mejorar la calidad de las intervenciones según los hallazgos y resultados obtenidos.	- Fortalecimiento técnicos.	- Actas y listados de asistencia
13	Ajustar las estrategias de intervención con base en el análisis de desempeño, para asegurar la mejora continua y el impacto positivo de los planes de cuidado.	- Socialización de los hallazgos evidenciados en la identificación de seguimientos.	- Acta
14	Generar alertas al equipo coordinador respecto a oportunidades de mejora en los procesos de atención, incluyendo la recomendación de capacitaciones adicionales, ajustes en la articulación intersectorial y fortalecimiento del acceso a servicios.	- Alertas de base ruteo - Acta y envió correo con alerta	-- Acta y envió correo con alerta
15	Participar activamente en espacios de análisis y retroalimentación técnica, aportando propuestas para el ajuste y optimización de las estrategias de intervención, con enfoque en las necesidades específicas de cada cohorte de riesgo.	- Asistencia a fortalecimiento técnicos	-- Reuniones con equipo dinamizador u profesionales de cohorte, Actas
16	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	- - Apoyo en tomas sectoriales estrategia MAS BIENESTAR y seguimiento a caracterización realizada por gestores.	- Revisión PMU

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				
2025	JULIO	2025	07	22	9489182878	-		
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					SÁNITAS		\$ 238105	\$ 238200
ARL				3	SURA		\$ 46402	\$ 46500
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 552823	\$ 589500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24091186502	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				MARIA ALEJANDRA MEDINA VELASQUEZ		2025-08-22 16:26:06		
RECHAZADO SUPERVISOR				YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-08-25 08:11:55		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				MARIA ALEJANDRA MEDINA VELASQUEZ		2025-08-25 17:17:50		
RECHAZADO SUPERVISOR				YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-08-28 12:52:25		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				MARIA ALEJANDRA MEDINA VELASQUEZ		2025-08-29 09:50:47		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-08-29 11:08:45		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-08-29 15:49:54		

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 GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023013989		MEDINA VELASQUEZ MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 7b # 90-20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3683567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1645476442	9489182878	I	2025/08/25	2025/07/22	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	1023013989	MEDINA MARIA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023013989		MEDINA VELASQUEZ MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 7b # 90-20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3683567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1645476442	9489182878	I	2025/08/25	2025/07/22	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	

8:18

VoLTE 4G LTE1 70%



Confiar - PSE

confiar.com.co

**confiar**
coop

¡PAGO REALIZADO CON ÉXITO!

Cuenta de origen	****6980
Valor a pagar	\$440,500.00
n° comprobante	16239945
Fecha y hora	22/07/2025 08:18
ID Transacción	1645476442
Número de Factura	9489182878
Descripción pago	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9489182878
Establecimiento	APORTES EN LINEA
Referencia 1	10.129.7.6
Referencia 2	CC
Referencia 3	1023013989
Costo Transacción	\$0.00

**Imprimir****Descargar****TERMINAR**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023013989		MEDINA VELASQUEZ MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 7b # 90-20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3683567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1720142004	9490284896	N	2025/08/25	2025/08/22	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$149,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$481,342	\$77,000			\$481,342	\$60,200			\$0	\$0			\$481,342	\$11,800		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$481,342	\$77,000			\$481,342	\$60,200			\$0	\$0			\$481,342	\$11,800		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$481,342	\$77,000			\$481,342	\$60,200			\$0	\$0			\$481,342	\$11,800		\$0	\$0
1	CC	1023013989	MEDINA MARIA	230301	30	(\$1,423,500)	(\$227,800)	EPS005	30	(\$1,423,500)	(\$178,000)	0	\$0	\$0	14-11	30	(\$1,423,500)	(\$34,700)	0	\$0	\$0
2	CC	1023013989	MEDINA MARIA	230301	30	\$1,904,842	\$304,800	EPS005	30	\$1,904,842	\$238,200	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,904,842	\$46,500	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$481,342	\$77,000			\$481,342	\$60,200			\$0	\$0			\$481,342	\$11,800		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023013989		MEDINA VELASQUEZ MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 7b # 90-20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3683567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1720142004	9490284896	N	2025/08/25	2025/08/22	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$149,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$77,000	\$0	\$0	\$77,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$77,000	\$0	\$0	\$77,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,800	\$0	\$0	\$11,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$11,800	\$0	\$0	\$11,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$60,200	\$0	\$0	\$60,200	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$60,200	\$0	\$0	\$60,200	
TOTAL				1	\$149,000	\$0	\$0	\$149,000	



¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 22 agosto 2025 03:46 p.m.

Dirección IP: 45.238.182.65

Número de transacción: APII5234325895604903

Número de confirmación: 82d75823ed0b

Cuenta Origen: Cuentamiga *****6502

Comercio: APORTES EN LINEA

Nit del comercio: 9999001472382

Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 9490284896

REFERENCIA 1: 45.238.182.65

REFERENCIA 2: CC

REFERENCIA 3: 1023013989

Código de la transacción (CUS): 1720142004

Fecha de la solicitud: 22 agosto 2025

Ciclo de la transacción: 5

Valor: \$ 149.000,00

Descripción de la transacción: Pago de la Planilla de aportes con clave 9490284896

Valor del impuesto: \$ 0,00

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	45.238.182.65
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9490284896
Valor:	149,000
Período de pago:	2025-07
No Transacción (CUS):	1720142004
Fecha:	2025/08/22
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9490284896
Aportes en línea:	9999001472382

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

[¿Quiénes somos?](#)[Servicios que ofrecemos](#)[¿Cómo liquido mis aportes?](#)[¿Por qué elegimos?](#)[Preguntas frecuentes](#)[Contáctenos](#)[Documentos y normas](#)[Línea Ética](#)

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



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

← 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		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 1023013989 CTO 6038-2025.pdf	ARL SURA 1023013989 CTO 6038-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA JULIO 2025 CTO 6038-2025.pdf	CUENTA JULIO 2025 CTO 6038-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **María Alejandra**
 Apellidos: **Medina Velasquez**
 Documento de identidad: C.C. C.E. PA. CD. SC. PE. P.P.T. DE.
 Número de documento: **1 0 2 3 0 1 3 9 8 4**
 Fecha de nacimiento: Día **21** Mes **06** Año **1996**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoides Tetánica - Diférica (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acellular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	21/7/25	VS0525004	SULMEDICW
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				



La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.
certifica que:

MARIA ALEJANDRA MEDINA VELASQUEZ

1023013989

Cumplió satisfactoriamente con la:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

22 de agosto de 2025