

	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:	YALIXA ACOSTA AGUDELO		Número de Documento:	1072720573	
Correo Electrónico:	yaliacosta8@gmail.com		Número Telefónico:	3209529814	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5771-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	680
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE				
Dirección a la que Pertenecer:	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	22430	\$4127120	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4127120	CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-05-15		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	\$ 3448233	1066
3	2025-07-25	2025-08-31	3	\$ 3902820	1267
4	2025-08-27	2025-09-30	4	\$ 4127120	1472
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
1	MAYO	\$ 1659820	
2	JUNIO	\$ 3902820	
3	JULIO	\$ 4127120	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 2338707		\$ 17944000	\$ 9689760
			\$ 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 apacientes 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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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
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		\$ 4127120
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9490295120	-			
2025	JULIO	2025	08	15					
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	PORVENIR	\$ 1650848	\$ 264136	\$ 264300	
Salud					FAMISANAR		\$ 206356	\$ 206500	
ARL				3	SURA		\$ 40215	\$ 40400	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 479109	\$ 511200	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550488452603654

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YALIXA ACOSTA AGUDELO	2025-08-24 13:28:36
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-24 21:13:35
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YALIXA ACOSTA AGUDELO	2025-08-25 18:08:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-26 07:15:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-27 10:39:55

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

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 1072720573		ACOSTA AGUDELO YALIXA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 3 70	FOSCA-CUNDINAMARCA	8490112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	21842351	9490295120	I	2025/08/20	2025/08/15	BANCO DE OCCIDENTE	\$507,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES												
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,640,000	\$262,400			\$1,640,000	\$205,000			\$0	\$0			\$1,640,000	\$40,000		\$0	\$0		\$507,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,640,000	\$262,400			\$1,640,000	\$205,000			\$0	\$0			\$1,640,000	\$40,000		\$0	\$0		\$507,400
Ciudad: FOSCA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																							\$1,640,000	\$262,400			\$1,640,000	\$205,000			\$0	\$0			\$1,640,000	\$40,000		\$0	\$0		\$507,400
1	CC	1072720573	ACOSTA YALIXA									X								230301	30	\$1,640,000	\$262,400	EPS017	30	\$1,640,000	\$205,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,640,000	2.436%	\$40,000	0	\$0	\$0	No	\$507,400
Total Afiliados(1)																							\$1,640,000	\$262,400			\$1,640,000	\$205,000			\$0	\$0			\$1,640,000	\$40,000		\$0	\$0		\$507,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072720573		ACOSTA AGUDELO YALIXA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 3 70	FOSCA-CUNDINAMARCA	8490112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	21842351	9490295120	I	2025/08/20	2025/08/15	BANCO DE OCCIDENTE	\$507,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$262,400	\$0	\$0	\$262,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$262,400	\$0	\$0	\$0	\$262,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$40,000	\$0	\$0	\$40,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$40,000	\$0	\$0	\$0	\$40,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$205,000	\$0	\$0	\$205,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$205,000	\$0	\$0	\$0	\$205,000
TOTAL					1	\$507,400	\$0	\$0	\$507,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072720573		ACOSTA AGUDELO YALIXA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 3 70	FOSCA-CUNDINAMARCA	8490112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	90751890		9490751890	N	2025/08/20	2025/08/25	BANCO AV VILLAS	\$3,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$10,880	\$1,800			\$10,880	\$1,400			\$0	\$0			\$10,880	\$300		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$10,880	\$1,800			\$10,880	\$1,400			\$0	\$0			\$10,880	\$300		\$0	\$0
Ciudad: FOSCA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$10,880	\$1,800			\$10,880	\$1,400			\$0	\$0			\$10,880	\$300		\$0	\$0
1	CC 1072720573	ACOSTA YALIXA	230301	30	(\$1,640,000)	(\$262,400)	EPS017	30	(\$1,640,000)	(\$205,000)		0	\$0	\$0	14-11	30	(\$1,640,000)	(\$40,000)	0	\$0	\$0
2	CC 1072720573	ACOSTA YALIXA	230301	30	\$1,650,880	\$264,200	EPS017	30	\$1,650,880	\$206,400		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,650,880	\$40,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$10,880	\$1,800			\$10,880	\$1,400			\$0	\$0			\$10,880	\$300		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072720573		ACOSTA AGUDELO YALIXA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 3 70	FOSCA-CUNDINAMARCA	8490112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	90751890		9490751890	N	2025/08/20	2025/08/25	BANCO AV VILLAS	\$3,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,800	\$100	\$0	\$1,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$1,800	\$100	\$0	\$1,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300	\$100	\$0	\$400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$300	\$100	\$0	\$400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,400	\$100	\$0	\$1,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$1,400	\$100	\$0	\$1,500	
TOTAL				1	\$3,500	\$300	\$0	\$3,800	



COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

BANCO DE OCCIDENTE * 96 * 519 * 94830
 10:00:00 2025/08/15 No Planilla: 9490295120
 PRDO COTIZACION: 202507 Normal
 VALOR PAGADO: 507,400.00 10727205733209529814
 NOTA: EL PAGO DE LA PLANILLA No. 9490295120

HA SIDO REGISTRADO POR EL BANCO EN HORARIO NORMAL
 CON No. DE AUTORIZACION 21842351
 TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.

Valor
 \$

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conservese este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

BAVV:CLI-PRO-216_VI BBOG: 2122141623 (DEP_FOR_008 VI23/11/2015) BOCC. FTP-SER-025 BPOP: 1.10.3.98010



COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único

1072720573

Valor a Pagar \$:

3,800

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla

9490751890

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar:

Año: 2025 Mes: 07

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

NO PAGADO: 675 20250825 13:08 SC 973 LINEA D
NOMBRE: APORTES EN LINEA
AVE: 9490751890
ID: 1072720573
Fecha Aplicación: 20250825 PIN: 130833
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☒	ARL SURA 1072720573 CTO 5771-2025.pdf	ARL SURA 1072720573 CTO 5771-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2025 CTO 5771-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 5771-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2025 CTO 5771-2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 5771-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2025 CTO 5771-2025.pdf	CUENTA JULIO 2025 CTO 5771-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
			Borrar	Cargar nuevo	

[Cancelar](#)

[<](#) [Evaluación de la Entidad Estatal](#) [>](#)