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:**	2025-08-01	**Hasta:**	2025-08-31	
Nombre del Contratista:	CARMENZA ROJAS FUENTES		**Número de Documento:**	52456726	
Correo Electrónico:	laura0422.001@gmail.com		**Número Telefónico:**	3143553288	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8427-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2882
Perfil:	TECNICO 1-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	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	13804	$2539936	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2539936**	**DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-12-10		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-01-15
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-12-31	2025-02-28	1	$ 4920896	51
2	2025-01-16	2025-02-28	2	$ 4920896	51
3	2025-02-25	2025-04-09	3	$ 3599742	402
4	2025-04-08	2025-05-31	4	$ 4510869	680
5	2025-05-24	2025-06-30	5	$ 2539936	892

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2025-06-20	2025-07-31	6	$ 2539936	1066
7	2025-07-25	2025-08-31	7	$ 2539936	1267
8	2025-08-27	2025-09-30	8	$ 2539936	1472

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	DICIEMBRE	$ 1724988
2	ENERO	$ 2460448
3	FEBRERO	$ 2861608
4	MARZO	$ 2460448
5	ABRIL	$ 2788408
6	MAYO	$ 2539936
7	JUNIO	$ 2539936
8	JULIO	$ 2539936
9	AGOSTO	$ 2539936

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1804329	**$ 29916476**	**$ 22455644**	**$ 7460832**

	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	-APROPIACION DE LAS ACTIVIDADES Y LINEAMIENTOS PROPUESTOS EN EL CONVENIO.	--LISTA DE ASISTENCIA
2	Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.	-REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS ESTRATEGIA DE RUTEO SEGUN IDENTIFICACION DE RIESGO DE LA POBLACION -CARACTERIZACION FAMILIAR IDENTIFICACION DE RIESGOS - ACTUALIZACION DE DATOS	-LISTADO DE FIRMAS -CARGUE DE INFORMACION AL APLICATIVO -LINK DE DILIGENCIAMIENTO DIARIO
3	Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo	-DERIVACION A LOS DIFERENTES PERFILES O PROFESIONALES -CANALIZACION SEGUN RIESGO IDENTIFICADO -PLANES DE CUIDADO	-ENVIO DE CANALIZACION - DILIGENCIAMIENTO DE LINK DE DERIVACIONNES A OTROS PROFESIONALES -CARGUE AL APLICATIVO DERIVACION A PLAN DE CUIDADO FAMILIAR

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado.	-TAMIZAJES Y CARACTERIZACION FAMILIAR PARA IDENTIFICAR CUALQUIER TIPO DE RIESGO. -EDUCACION SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE ,ALIMENTACION BALANCEADA ACTIVIDAD FISICA Y SALUD MENTAL	-LISTADO DE FIRMAS -CARGUE AL APLICATIVO NOTIFICACION DE ALERTAS -COMPROMISOS ESTRATEGICOS
5	Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos	-PRE CRITICAS REALIZADAS A CARGO DEL LIDER Y OBSERVACIONES NOTIFICADAS	-CORREO -LISTA DE ASISTENCIA
6	Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-PLANES DE CUIDADO FAMILIAR -COMPROMISOS ESTRATEGICOS -DERIACION SEGUN REQUERIMIENTO DEL PROFESIONAL	-CARGUE AL APLICATIVO -LISTA DE FIRMAS
7	Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	-PLANES DE CUIDADO FAMILIAR -COMPROMISOS ESTRATEGICOS	-CARGUE AL APLICATIVO -LISTA DE FIRMAS
8	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-PARTICIPACION A LAS CAPACITACIONES DE FORTALECIMIENTO ESTABLECIDAS DE MANERA VIRTUAL Y PRESENCIAL,APROPIACION DEL NUEVO MODELO,ESTRATEGIAS	-LISTA DE ASITENCIA LINKS VIRTUALES
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-LISTA DE ASITENCIA LINKS VIRTUALES	-CARGUE AL APLICATIVO -LISTA DE FIRMAS
10	Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	-CUMPLIMIENTO DE META SEGUN LO DISPUESTO EN EL LINEAMIENTO. -REPORTE DE ACTIVIDADES REALIZADAS SEGUN PRECRITICA	-LISTADO DE FIRMAS -LINK DE DILIGENCIAMIENTO DIARIO -ASISTENCIAS VIRTUALES
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-CUMPLIMIENTO DE META SEGUN LO DISPUESTO EN EL LINEAMIENTO. -REPORTE DE CUALQUIER PRIORIDAD O DIFICULTAD PRESENTADA. -ASISTENCIA A LOS DIFERENTES COMITES . -ESTRATEGIA RUTEO SEGUN PRIORIDAD Y TIPO DE RIESGO IDENTIFICADO	-LISTADO DE FIRMAS -LINK DE DILIGENCIAMIENTO DIARIO -ASISTENCIAS VIRTUALES -PLANES DE CUIDADO -CARGUE DE COMPROMISOS

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	$ 2539936
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	88266243	-		
2025	JULIO	2025	08	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 228700**
Salud		SURA		$ 177938	**$ 178700**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 442300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66777788656

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARMENZA ROJAS FUENTES	2025-08-22 21:02:43
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-24 20:17:05
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARMENZA ROJAS FUENTES	2025-08-25 07:14:47
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARMENZA ROJAS FUENTES	2025-08-25 07:15:36
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARMENZA ROJAS FUENTES	2025-08-25 07:16:08
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-25 07:40:07
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARMENZA ROJAS FUENTES	2025-08-25 11:35:09
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-26 07:46:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-27 11:17:45

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52456726	CARMENZA ROJAS FUENTES	KR 23A N 65 B 98 SUR	3143553288	laura0422.001@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	14/08/2025	88266243	$442.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	6	700	0	178.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	6	200	34.900			347	34.900	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	178.000	178.700
Pensión	1	227.800	228.700
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	442.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52456726	CARMENZA ROJAS FUENTES		KR 23A N 65 B 98 SUR	3143553288	laura0422.001@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	14/08/2025	88266243	$442.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	52456726	ROJAS FUENTES CARMENZA	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

8:30

paga.nequi.com.co

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
Thu Aug 14 00:00:00 COT 2025

CUS
1700217401

¿Cuánto?
$ 442.300,00

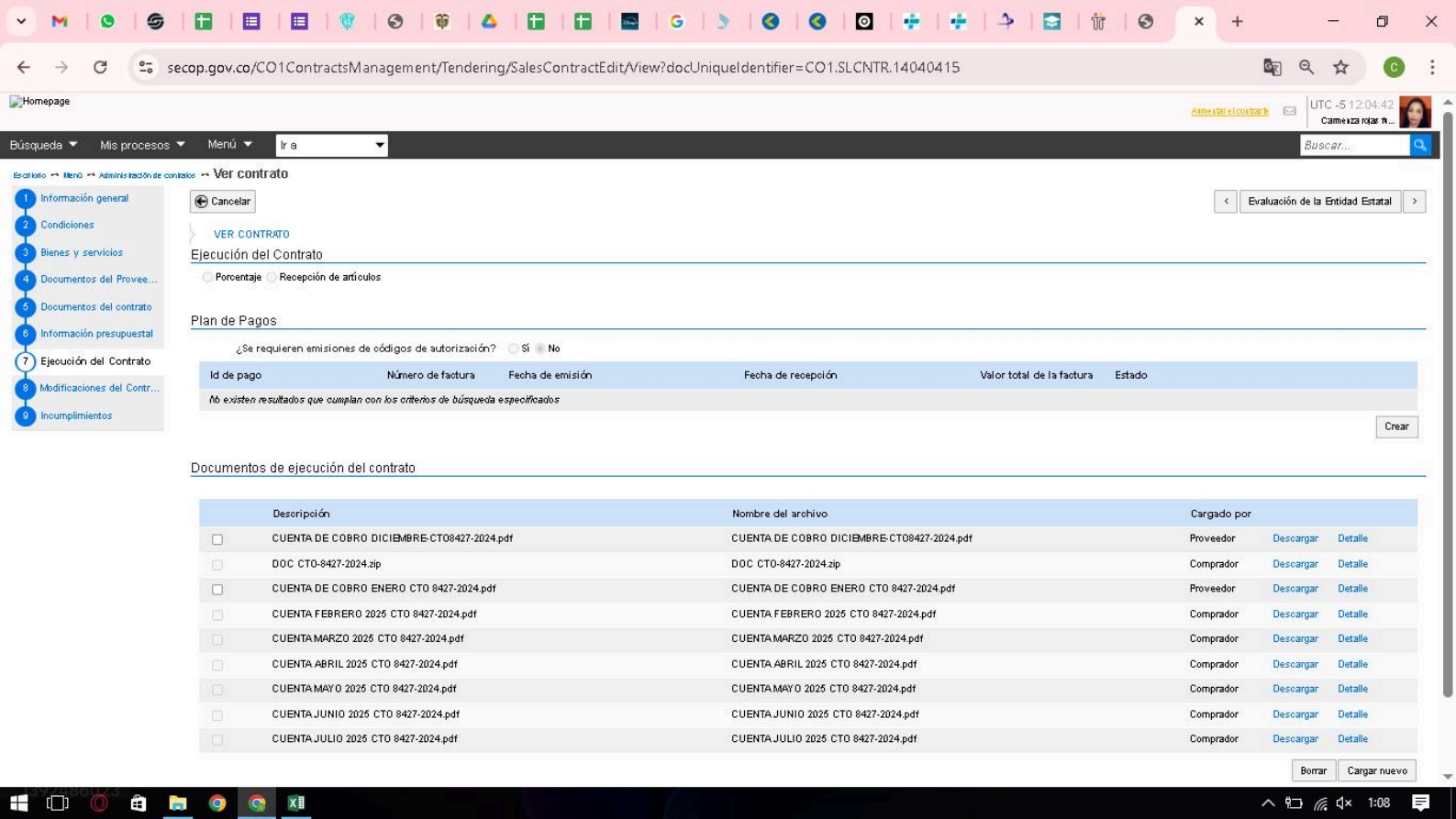
Factura de comercio
88266243

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

Imprimir


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14040415
Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 12:04:42
Carmenza rojas M...
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 Provee...
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr...
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
CUENTA DE COBRO DICIEMBRE-CTO8427-2024.pdf
CUENTA DE COBRO DICIEMBRE-CTO8427-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
DOC CTO-8427-2024.zip
DOC CTO-8427-2024.zip
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO ENERO CTO 8427-2024.pdf
CUENTA DE COBRO ENERO CTO 8427-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA FEBRERO 2025 CTO 8427-2024.pdf
CUENTA FEBRERO 2025 CTO 8427-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA MARZO 2025 CTO 8427-2024.pdf
CUENTA MARZO 2025 CTO 8427-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA ABRIL 2025 CTO 8427-2024.pdf
CUENTA ABRIL 2025 CTO 8427-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA MAYO 2025 CTO 8427-2024.pdf
CUENTA MAYO 2025 CTO 8427-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA JUNIO 2025 CTO 8427-2024.pdf
CUENTA JUNIO 2025 CTO 8427-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA JULIO 2025 CTO 8427-2024.pdf
CUENTA JULIO 2025 CTO 8427-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
1:08

wjvZoRuM27

SMAR SUR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

CARMENZA ROJAS FUENTES

52456726

Cumplió satisfactoriamente con la:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

22 de agosto de 2025

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ