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:	LIDIA YINETH MAHECHA SANTANA		**Número de Documento:**	52218521	
Correo Electrónico:	enanis777@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3103062402	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1224-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	TECNICO 1 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	13803	$2539752	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2539752**	**DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS**					

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	$ 953006	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 2498343	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 2539752	1483

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 2460448

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 2861608
3	MARZO	$ 2714516
4	ABRIL	$ 2539752
5	MAYO	$ 2539752
6	JUNIO	$ 1904814
7	JULIO	$ 2539752
8	AGOSTO	$ 2539752

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 16649045	**$ 22640146**	**$ 20100394**	**$ 2539752**

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 individuales a menores de 6 años en las instituciones educativas con el fin de promover prácticas saludables en los menores, en colegios concertados.	-1. Diligenciar formato registro tamizaje nutricional.
2	2. realizar las canalizaciones que se requieran.	-2. Desarrollo de 10 sesiones de tamizaje a escolares menores de 6 años, 40 llamadas y 2 canalizaciones.	-2. Diligenciar formato registro tamizaje nutricional
3	3. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-3. Registrar la información recolectada y dar cumplimiento con la entrega de los datos con calidad en los respetivos formatos	-3. Diligenciar formato registro tamizaje nutricional sin enmendaduras.
4	4. realizar acciones de informacion y educacion de forma ludica frente a la salud bucal a los cursos concertados.	-4. Se brindara educación a padres de familia mediante llamadas telefónicas de acuerdo al de acuerdo a los cronogramas establecidos.	-4. Diligenciar formato registro tamizaje nutricional consentimiento informados y tablero de control.
5	5. 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.	-5. Entrega de los soportes en el tiempo establecido para dar cumplimiento con la sistematización de los datos recolectados en los respectivos formatos con calidad.	-5. Formato de tamizaje nutricional debidamente diligenciados y sin enmendaduras.
6	6. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-6. Ejecutar las actividades de acuerdo al cronograma establecido.	-6. Formato de tamizaje nutricional debidamente diligenciado y sin enmendaduras.
7	7. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-7. Consolidación de la información recolectada en los tiempos establecidos para registrarla en los formatos con calidad.	-7. Formatos de actas e informes requeridos debidamente diligenciados y sin enmendaduras.
8	8. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	-8. Brindar una adecuada protección y cuidado a los documentos físicos y magnéticos de todas las actividades desarrolladas.	-8. Formatos de actas y listas de asistencia debidamente diligenciados.
9	9. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-9. Notificar al jefe inmediato cualquier eventualidad o novedad que pueda intervenir al momento de desarrollar los procesos.	-9. Diligenciar las actas y demás informes solicitados.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-10. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas desde el nivel central y/o del líder del espacio.	-10. Firma de actas y listados de asistencia.

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	$ 2539752
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	4612690691	-		
2025	JULIO	2025	08	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS						

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

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	475870003047

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LIDIA YINETH MAHECHA SANTANA	2025-08-22 13:56:04
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-22 21:35:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-25 09:13:03

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52218521
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LIDIA YINETH MAHECHA SANTANA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TO 4 APT 204 MONTECARLO	TELÉFONO:	2786059
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1 - CONTRATO 1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4612690691**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	6		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993631020

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 227.800	$ 900	$ 228.700
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 900**	**$ 228.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 700	$ 0	$ 178.000	$ 700	$ 0	$ 178.700
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 700**	**$ 0**	**$ 178.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 200	$ 0	$ 34.900
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 34.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																								PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52218521	MAHECHA SANTANA LIDA YINETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	$ 52218521	$ 34.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 442.300

Planilla Pagada

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

< 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 1224-2025.pdf	CUENTA ENERO 2025 CTO 1224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1224-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025 CTO 1224-2025.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 1224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2025 CTO 1224 -2025.pdf	CUENTA ABRIL 2025 CTO 1224 -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2025 CTO 1224-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 1224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2025 CTO 1224-2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 1224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2025 CTO 1224-2025.pdf	CUENTA JULIO 2025 CTO 1224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >