| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 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 |
| 3 | 2025-08-29 | 2025-09-30 | 3 | $ 4127120 | 1483 |

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


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | FEBRERO | $ 3998136 |
| 3 | MARZO | $ 4389258 |
| 4 | ABRIL | $ 4127120 |
| 5 | MAYO | $ 4127120 |
| 6 | JUNIO | $ 5226190 |
| 7 | JULIO | $ 4127120 |
| 8 | AGOSTO | $ 4127120 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 27054013** | **$ 38247320** | **$ 34120200** | **$ 4127120** |

| 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. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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. |
| 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. |

| 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** | 1074842246 | - | | |
| **2025** | **JULIO** | **2025** | **08** | **12** | | | | |
| **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 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1650848 | $ 264136 | **$ 288000** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 206356 | **$ 225000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 40215 | **$ 43900** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 479109** | **$ 556900** |

| 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 | 2025-08-22 15:10:31 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-08-22 19:17:41 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-08-25 09:37:32 |

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:** 2025-08-21, 07:38:06 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074842246

**Periodo Cotización:** julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025

## PAGADO 12/08/2025 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.800.000 | $ 288.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.800.000 | $ 225.000 | 2,436 | $ 1.800.000 | $ 43.900 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.800.000 | $ 36.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 592.900 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.800.000 | $ 1.800.000 | $ 1.800.000 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 225.000 | $ 43.900 | $ 36.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 592.900 | $ 0 | $ 592.900 |



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

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 |
| ☐ | CUENTA JULIO 2025 CTO 1286-2025.pdf | CUENTA JULIO 2025 CTO 1286-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

o95CEX1EJe

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

# ELCIRA JAZMIN TORRES GUALTEROS

**52370874**

Cumplió satisfactoriamente con la:

**INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025**

Para constancia se expide:

**21 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