| | | |
|---|---|---|
| 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:** | ERIKA MARCELA HERNANDEZ SANCHEZ | | **Número de Documento:** | 1022357963 | |
| **Correo Electrónico:** | gjennei@yahoo.es | | **Número Telefónico:** | 3127456085 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1494-2025 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K33PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 49 | 0 | 13803 | $676347 | 27.5% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 676347** | **SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETEPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-01-02 | | | **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 | $ 190802 | 711 |
| 2 | 2025-07-20 | 2025-08-31 | 2 | $ 3133281 | 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 | $ 2460448 |
| 3 | MARZO | $ 2353472 |
| 4 | ABRIL | $ 2539752 |
| 5 | MAYO | $ 2539752 |
| 6 | JUNIO | $ 2539752 |
| 7 | JULIO | $ 2539752 |
| 8 | AGOSTO | $ 676347 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 16649045** | **$ 22512880** | **$ 18109723** | **$ 4403157** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones incluida COVID-19 | ----------Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestion documental segun indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas. | ----------Carpetas con formatos debidamente organizada y foliada segun protocolo de gestion documento |
| 2 | 2. Hacer el Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural. | ----------Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados ), previa verificacion del antecedente vacunal (fisico/digtal)de la poblacion encontrada durante la ejecucion de las tacticas extramurales | ----------Formatos SIS 150 |
| 3 | 3. Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa y/o barrido documentado de acuerdo con solicitud de MSPS para MRCV: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y encuesta de cobertura | ----------Diligenciamiento adecuado tactica casa a casa censo viviendas, consolidado casa a casa , mapa con identificacion de manzanas intervenidas y semaforizacion de cobertura | ----------Formato de diligenciado con calidad y veracidad |
| 4 | 4. Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica concentración (instituciones SDIS, SED, ICBF, lugares de alta concentración) del formato consolidado jardines y colegios. | ----------Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado segun lineamientos y protocolos | ----------Entrega de formatos en tiempo real |
| 5 | 5. Hacer el Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as, adultos. | ----------Actualizacion y registro con calidad de los usuarios vacunados en el seguimiento telefonico ralizado por cohortes segun asignacion de la profesional extramural Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2,0 y retroalimentacion de los seguimientos efectivos -----Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2,0 y retroalimentacion de los seguimientos efectivos y reprogramados | ----------Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2,0 y retroalimentacion de los seguimientos efectivos y reprogramados |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 6 | 6. Seguimiento y agendamiento telefónico a la población pendiente por vacunar, de acuerdo con la distribución de las bases de datos entregadas por profesional extramural | ----------N/A - | ----------N/A - |
| 7 | 7. Realizar Hacer el Diligenciamiento del control diario (dos veces al día) de temperatura en los refrigeradores que almacenen vacuna a cargo del equipo extramural. | ----------N/A - | ----------N/A - |
| 8 | 8. Revisar y consolidar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS y localidad, validando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas. | ----------N/A - | ----------N/A - |
| 9 | 9. Registrar los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio e informar las novedades de manera inmediata | ----------N/A - | ----------N/A - |
| 10 | 10. Diligenciar y mantener actualizado los Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred. | ----------N/A - | ----------N/A - |
| 11 | 11. Consolidar el control de fechas de vencimiento por fabricación o por ventanas de uso de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio y las IPS de la subred | ----------N/A - | ----------N/A - |
| 12 | 12. Apoyar la solicitud de pedido de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del programa permanente y Covid-19 | ----------Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado segun lineamientos y protocolos | ----------Formato SIS 150 y entrega de formatos en tiempo real |
| 13 | 13. Apoyar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS | ----------Formato SIS 150 y entrega de formatos en tiempo real | ----------Formato kardex diligenciado con calidad y veracidad |
| 14 | 14. Realizar las entregas (recepciones técnicas) y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, de las IPS públicas y privadas. | ----------N/A | ----------N/A |
| 15 | 15. Realizar acompañamiento a la reunión de inducción y reinducción del talento humano y demás convocada por la SDS. | ----------Asistencia y participacion a las diferentes convocatorias intra y extra para el fortalecimiento fisico y mental | ----------Acta de asistencia y participacion |
| 16 | 16. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | ----------Dar a conocer el portafolio de servicios el aplica segun grupo de edad para lograr disminuir los riesgos de la morbimortalidad | ----------Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activacion de ruta segun la necesidad |

## 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** | 9489554076 | - | | |
| **2025** | **JULIO** | **2025** | **08** | **14** | | | | |

| **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 | PROTECCIÓN | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 227800** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 177938 | **$ 178000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 34676 | **$ 34700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 440500** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 2100123807 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ERIKA MARCELA HERNANDEZ SANCHEZ | 2025-08-22 14:20:11 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-08-23 19:04:18 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-08-25 11:31:32 |

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**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1022357963 | | HERNANDEZ SANCHEZ ERIKA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL48B SUR#78D-03 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | 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 | 45804581 | 9489554076 | I | 2025/08/15 | 2025/08/14 | BANCO DE OCCIDENTE | 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 | 1022357963 | HERNANDEZ ERIKA | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS008 | 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 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1022357963 | | HERNANDEZ SANCHEZ ERIKA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL48B SUR#78D-03 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | 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 | 45804581 | 9489554076 | I | 2025/08/15 | 2025/08/14 | BANCO DE OCCIDENTE | 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 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 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 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $440,500 | $0 | $0 | $440,500 |

Banco de Occidente

CONRED

# RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 13/08/2025 Hora: 17:00:10

Id comercio: 503001062 No. Terminal: 703044

Id Trx: 5579758 Id Aut: 804581

Comercio: CONRED - FOTOGRAFIA NICCO

Dirección: KR 77 Q # 48 B SUR - 21

## RECAUDO DE FACTURAS

## TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA

Código convenio: 1506

Referencia de pago: 9489554076

Valor: $440.500.0

***ORIGINAL***

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este tiquete implica su aceptación, verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.

Scanned with CamScanner

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

Datos guardados

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

Datos guardados

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA DE COBRO CTO 1494 ENERO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO CTO 1494 FEBRERO 2025 | ilovepdf_merged (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARZO CTO 1494.pdf | CUENTA DE COBRO MARZO CTO 1494.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 1494.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 1494.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MAYO CTO 1494-2025.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO CTO 1494-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 1494.pdf | CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 1494.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JULIO CTO 1494.pdf | CUENTA DE COBRO JULIO CTO 1494.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >