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:	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ		**Número de Documento:**	39582363	
Correo Electrónico:	marcelaleal2207@gmail.com		**Número Telefónico:**	3165524751	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1392-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	29331	$5396904	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5396904**	**CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS**					

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	$ 1144944	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 6658137	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 5396904	1483

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 5228176

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 5228176
3	MARZO	$ 5739628
4	ABRIL	$ 5396904
5	MAYO	$ 5396904
6	JUNIO	$ 5396904
7	JULIO	$ 5396904
8	AGOSTO	$ 5396904

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35377419	**$ 48577404**	**$ 43180500**	**$ 5396904**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar Construcción conjunta y consensuada del plan de acción de GPAISP incluyendo la operación local de los programas de prevención y control de TB y Hansen	Se realiza seguimiento al plan de acción y envió a la SDS	Plan de acción con seguimiento y correo del envió del seguimiento
2	2. Participar en Asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel Central.	Se participa a las asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel Central. -	Acta y listado de asistencia
3	3. Dar Acompañamiento técnico a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Se realiza acompañamiento técnico a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Acta y listado de asistencia
4	4. Realizar Concertación y participación en sesiones de fortalecimiento de capacidades dirigida a personal de la salud de IPS públicas y privadas o equipos de atención en casa, con énfasis en la búsqueda e identificación de casos	Se realiza concertación y participación en sesión de fortalecimiento de capacidades dirigida a personal de la salud de IPS, con énfasis en la búsqueda e identificación de casos	Acta y listado de asistencia
5	5. Hacer Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible, farmacorresistente y Hansen, con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Se realiza Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible, farmacorresistente y Hansen, con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Acta y listado de asistencia
6	6. Realizar Revisión, consolidación y envío de libro de pacientes de Tuberculosis de forma quincenal de la subred, en los formatos establecidos por el MSPS, así como ingreso de profilaxis en el drive dispuesto desde la Secretaría Distrital de Salud para tal fin	Se realiza revisión, consolidación y envío de libro de pacientes de Tuberculosis de forma mensual de la subred, en los formatos establecidos por el MSPS, así como ingreso de profilaxis en el drive dispuesto desde la Secretaría Distrital de Salud para tal fin	Libro de contactos actualizados y envió SDS
7	7. Realizar Revisión, consolidación y envío mensual de informes y formatos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la Secretaría Distrital de Salud	Se realiza revisión, consolidación y envío mensual de informes y formatos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la Secretaría Distrital de Salud	Libros del programa enviados a SDS y actualizados en el drive

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. Consolidar y envar de informe trimestral de casos y actividades de TB sensible - fármaco resistente y Hansen	No se ejecuta para este periodo	No se ejecuta para este periodo
9	9. Verificar la calidad y veracidad de cada una de las variables del libro de contactos de TB de la subred	Se verifica la calidad y veracidad de cada una de las variables del libro de contactos de TB de la subred	Libro de contactos y acta con listado de asistencia
10	10. Realizar proceso de auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen	Se realiza proceso de auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen	Acta y listado de asistencia
11	11. Realizar proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen	Se realiza proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen	Acta y listado de asistencia
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Comité Distrital Tuberculosis y Hansen, reunión de lideres a nivel distrital, Reunión mensual del equipo GEPISP convocada por la Líder de GEPISP, -Revisión y reunión de Cierres a los casos TB	Correos, listado de asistencia y actas

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	$ 5396904
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	88620327	-		
2025	JULIO	2025	08	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2158762	$ 345402	$ 345500
Salud		NUEVA EPS		$ 269845	$ 269900
ARL	3	SURA		$ 52587	$ 52600
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 626516**	$ 668000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	34148741869

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	2025-08-22 14:31:37
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-23 10:16:01
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-25 10:30:46

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	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88620327	$668.000	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	269.900	0		0		0	0	0	0	269.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	345.500	0	0	0	0	0	0		345.500	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	52.600				52.600	0	0	52.600			526	52.600	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	269.900	269.900
Pensión	1	345.500	345.500
Riesgos Laborales	1	52.600	52.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	668.000	668.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88620327	$668.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	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	39582363	LEAL GOMEZ ADRIANA MARCELA	59	0			N																	230301	2.159.000	345.500	0	0	0	0	EPS037	2.159.000	269.900	14-11	2.159.000	3	52.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bancolombia

Comprobante en línea

11 Ago 2025 22:54:56

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1695143448

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1

Fecha
11 Ago 2025 22:54:56

Referencia 2
CC

Número de factura
88620327

Referencia 3
39582363

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$668.000

Número de comprobante
TR2253113448

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1869**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 CTO 1392-2025.pdf	CUENTA ENERO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 1392-2025.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 1392-2025.pdf	CUENTA MARZO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 1392-2025.pdf	CUENTA ABRIL CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 1392-2025.pdf	CUENTA MAYO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 1392-2025.pdf	CUENTA JUNIO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 1392-2025.pdf	CUENTA JULIO CTO 1392-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >