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:	YURY CONSUELO GASPAR MOLINA		**Número de Documento:**	52758627	
Correo Electrónico:	yury.gaspar@gmail.com		**Número Telefónico:**	3013049471	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1388-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	25881	$4762104	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4762104**	**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS**					

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	$ 1010896	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 5874987	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 4762104	1483
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 4613064	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 4613064
3	MARZO	$ 5064342
4	ABRIL	$ 4762104
5	MAYO	$ 4762104
6	JUNIO	$ 4762104
7	JULIO	$ 4762104
8	AGOSTO	$ 4762104

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31215107	**$ 42863094**	**$ 38100990**	**$ 4762104**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Generar acciones comunitarias en las localidades y UPZ priorizadas	Se participa en actividad comunitaria.	Acta y listado de actividad
2	2. Realizar en articulación con el componente de análisis de Situación y Calidad de Vida, mapeo de actores sociales para el beneficio de las personas afectadas por Tuberculosis y Lepra con mayor vulnerabilidad.	Actividad no aplica para la vigencia según lineamiento.	No requiere producto o evidencia.
3	3. Realizar visita domiciliaria de seguimiento a casos de alta vulnerabilidad o alto riesgo de abandono.	Se realiza actividad a demanda en las tres localidades de la Subred Sur	Acta de otros seguimientos
4	4. Realizar activación de ruta de gestión del riesgo individual, en el módulo de canalización SIRC, a casos identificados en visitas domiciliarias con tuberculosis sensible/resistente y Hansen de alta vulnerabilidad y/o baja adherencia al tratamiento	Canalizaciones realizadas Soporte en Magnético de Usuarios canalizados	Soporte en Magnético de Usuarios canalizados
5	5. Realizar reportes vía correo electrónico de los casos identificados con mayor vulnerabilidad para acompañamiento desde el programa distrital	Se realiza actividad a demanda.	Correo vía electrónica.
6	6. Generar acciones de abogacía, comunicación y movilización social de tipo intersectorial, que permitan la visibilizacion del programa en espacios con población vulnerable	Se realizo la actividad.	Actas y listados.
7	7. Generar procesos de formación comunitaria (TDO Comunitario) en las localidades y UPZ priorizadas	Se realiza actividad en UPZ Ciudad Bolívar.	Acta y listados con evidencia fotográfica.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. Realizar procesos de Realizar acompañamiento técnica a IPS públicas o privadas relacionadas con el abordaje psicosocial a personas afectadas por tuberculosis o Lepra	Se realiza actividad en IPS de la Subred Sur.	Actas y listados.
9	9. Realizar mensualmente reuniones de pacientes de Tuberculosis y Lepra de la subred, con el fin de aportar al fortalecimiento de la sociedad civil	Se realiza reunión en Centro de Salud de la Subred Sur.	Actas, listados y evidencia fotográfica
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se realiza actividades adicionales propias del perfil con el animo de apoyar procesos de bienestar y salud de las personas afectadas por tuberculosis y Hansen.	Correo vía electrónica

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	$ 4762104
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	88422735	-		
2025	JULIO	2025	08	13				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1904842	$ 304775	**$ 325300**
Salud		SÁNITAS		$ 238105	**$ 254200**
ARL	3	SURA		$ 46402	**$ 49600**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 552823**	**$ 629100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488413306231

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YURY CONSUELO GASPAR MOLINA	2025-08-22 22:34:13
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-23 10:23:35
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-25 10:30:29

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

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	52758627	YURY CONSUELO GASPAR MOLINA	Calle 51 No 11-43 Leon XIII	9030037	yury.gaspar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	13/08/2025	88422735	$669.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	253.300	0		0		0	5	900	0	254.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	324.200	0	0	0	0	5	1.100	0	325.300	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	49.400				49.400	5	200	49.600			494	49.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40.600	5	200	40.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	253.300	254.200
Pensión	1	324.200	325.300
Riesgos Laborales	1	49.400	49.600
CCF	1	40.600	40.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	667.500	669.900

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	52758627	YURY CONSUELO GASPAR MOLINA		Calle 51 No 11-43 Leon XIII	9030037	yury.gaspar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		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	13/08/2025	88422735	$669.900	

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	Estornado	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	52758627	GASPAR MOLINA YURY CONSUELO	59	0			N																	25-14	2.025.737	324.200	0	0	0	0	EPS005	2.025.737	253.300	14-11	2.025.737	3	49.400	CCF24	2.025.737	40.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1698456653

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
13/08/2025

Número de aprobación
00456653

Dirección IP
191.106.16.18

Valor transacción
$ 669.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	52758627

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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

< 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		
☐	1388-ENERO-2025.pdf	1388-ENERO-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1388-FEBRERO-2025.pdf	1388-FEBRERO-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1388-MARZO-2025.pdf	1388-MARZO-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1388- ABRIL-2025.pdf	1368- ABRIL-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1388-MAYO-2025.pdf	1368-MAYO-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1388-JUNIO-2025.pdf	1388-JUNIO-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1388- JULIO-2025.pdf	1388- JULIO-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >