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:	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ		**Número de Documento:**	1014209849	
Correo Electrónico:	vivilennon182@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3114591931	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1130-2025	**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
K30PI	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	$ 1896770	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 5091610	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	$ 4997670
3	MARZO	$ 4410987
4	ABRIL	$ 4127120
5	MAYO	$ 4127120
6	JUNIO	$ 4127120
7	JULIO	$ 4127120
8	AGOSTO	$ 4127120

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 27054013	**$ 38169513**	**$ 34042393**	**$ 4127120**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, y realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH-reactivo, sífilis y hepatitis B con resultado positivo.	-Realizar 100 pruebas rápidas de VIH, SÍFILIS Y HB con asesoría pre y post y 100 asesorias realizadas en salud sexual y reproductiva a usuarios abordados que cumplan con los criterios de selección relacionado al consumo de SPA.	-Formato SISCO, Formato de asesoría en salud sexual y reproductiva y ficha vinculante.
2	2. Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.	-Fortalecimiento de habilidades para la vida, promoción de la convivencia social, salud mental y relaciones familiares en el marco de la mitigacion del consumo. "	-Fortalecimiento de habilidades para la vida, promoción de la convivencia social, salud mental y relaciones familiares en el marco de la mitigacion del consumo
3	3. Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios	--Fortalecimiento de habilidades para la promoción y prevención de enfermerades respiratorias en espacios comunitario	-Actas de metodologicas
4	4. Realizar asesoría individual en hábitos de vida saludable, actividad física, alimentación saludable según criterios de tamización en talla, peso, medidas antropométricas y medidas tensionales	--Realizar abordaje a la poblacion, acerca del proceso de enfermedad relacionada al COVID 19, signos y síntomas, mecanismos de contagio, prevención y vacunación, fomentando medidas de bioseguridad y elementos de protección personal para evitar y reducir el contagio por COVID 19	-Actas de encuentros comunitarios
5	5. Realizar acciones de promoción de la salud mental, la convivencia y la prevención de diferentes formas de violencia, promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos	-Realizar abordaje integral del equipo de reducción de riesgos y daños, mediante las actividad de 8 sesiones colectivas grupales, en el reconocimiento y la identificación de los diferentes tipos de violencia y las rutas de atención que ofrece la red instituciona	-Actas de encuentros fichas metodologic
6	6. canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	-Realizar un minimo de 25 canalizaciones en las diferentes necesidades identificadas. y realizar el envio de forma oportuna	-Formato de canalización, base digital.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	--Apoyar acciones según las necesidades de la institución y del PIC, informe mensual, tableros de control, seguimientos, cronograma, alistamiento de productos para auditoría, archivo	-Listado de asistencia, actas de encuentros y documentos y archivos en medio digital.
8	8. Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	--Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Realizar entrega de soportes físicos y digitales, tamizajes, actas de acciones comunitarias, jornada de prevención de uso nocivo de alcohol y canalizaciones, así como archivo acorde al proceso de gestión documental.
9	9. Presentar productos para precrítica y preauditoria	-Entrega de formatos de forma oportuna para precritica y preauditoria en las fechas establecidas	-Listado de asistencia encuentros
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Apoyo en acciones institucionales del PIC, según las necesidades de la SUBRED SUR como jornadas de vacunación PAI, Jornadas con diferentes entes territoriales y Jornadas de salud realizadas en la localidad de Ciudad Bolivar.	-Listado de asistencia encuentros

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**	88223612	-		
2025	**JULIO**	**2025**	**08**	**19**				
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	PORVENIR	$ 1650848	$ 264136	**$ 265300**
Salud		COMPENSAR		$ 206356	**$ 207200**
ARL	3	SURA		$ 40215	**$ 40500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 479109**	**$ 513000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	76378314107

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ	2025-08-23 16:32:19
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-26 11:57:06
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ	2025-08-27 10:24:23
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-27 12:16:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-28 09:41:28

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

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? Si No

Identificación 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 1130-2025.pdf	CUENTA ENERO 2025 CTO 1130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1130-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025 CTO 1130-2025.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 1130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2025 CTO 1130-2025.pdf.pdf	CUENTA ABRIL 2025 CTO 1130-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2025 CTO 1130-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 1130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2025 CTO 1130-2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 1130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2025 CTO 1130-2025.pdf	CUENTA JULIO 2025 CTO 1130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1014209849	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ	TV 70 CBIS N 63 A39	7947794	vivilennon182@hotmail.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	19/08/2025	88223612	$513.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	206.400	0		0		0	6	800	0	207.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	264.200	0	0	0	0	6	1.100	0	265.300	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	40.300				40.300	6	200	40.500			403	40.500	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	206.400	207.200
Pensión	1	264.200	265.300
Riesgos Laborales	1	40.300	40.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	510.900	513.000

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	1014209849	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ		TV 70 CBIS N 63 A39	7947794	vivilennon182@hotmail.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	19/08/2025	88223612	$513.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**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	1014209849	SANCHEZ GOMEZ VIVIANA ANDREA	59	0			N																			230301	1.650.848	264.200	0	0	0	0	EPS008	1.650.848	206.400	14-11	1.650.848	3	40.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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