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:	ANGIE VIVIANA CUELLAR GAVIRIA		**Número de Documento:**	1010220913	
Correo Electrónico:	angiecuellar9521@gmail.com		**Número Telefónico:**	3177631322	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1393-2025	**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	2025-01-03			**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	$ 1612600	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	$ 5189697
3	MARZO	$ 5089413
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	**$ 43464798**	**$ 38702694**	**$ 4762104**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar proceso de priorización de IPS públicas y privadas de la subred para el desarrollo de Realizar acompañamiento técnico y su periodicidad (alta, media o baja)	ACTIVIDAD REALIZADA EN EL MES DE ENERO	ACTIVIDAD REALIZADA EN EL MES DE ENERO
2	2. Dar Acompañamiento técnico a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	SE REALIZA 6 ASISTENCIAS TÉCNICAS EN LAS LOCALIDADES USME Y TUNJUELITO	ACTAS Y LISTADO
3	3. Realizar visita domiciliaria de casos de tuberculosis sensible dentro del primer mes, al sexto mes y al año de iniciado el tratamiento y a personas con diagnóstico de Hansen dentro del primer mes de diagnosticado el caso para verificar inicio de tratamiento	SE REALIZA VISITAS DE PRIMERA VES 6 MESES Y 1 AÑO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TB DE LAS LOCALIDADES DE USME TUNJUELITO Y SEGUIMIENTO DE 6 MESES	FORMATO DE VISITAS
4	4. Realizar visita domiciliaria a contactos de casos de mortalidad asociada a Tuberculosis sensible y farmacorresistente	SE REALIZAN VISITA DE MORTALIDAD A CONTACTOS DE PACIENTES FALLECIDOS DURANTE EL TRATAMIENTO	FORMATO DE VISITAS
5	5. Realizar seguimiento telefónico a los contactos de pacientes fallecidos, que no recibieron ninguna visita por el programa local de Tuberculosis	ACTIVIDAD NO REALIZADA DURANTE EL MES	ACTIVIDAD NO REALIZADA DURANTE EL MES
6	6. Realizar visita domiciliaria a personas con diagnóstico de tuberculosis farmacorresistente y generar proceso de verificación de acceso a la atención integral por parte de la aseguradora.	ACTIVIDAD NO REALIZADA DURANTE EL MES	ACTIVIDAD NO REALIZADA DURANTE EL MES
7	7. Hacer la canalización de contactos de casos de TB sensible y FR, de acuerdo a criterios específicos definidos en el documento operativo	SE REALIZA CANALIZACIÓN VIA CORREO EAPB PARA CONTACTOS Y PACIENTES	ENVIO DE CORREO A EAPB

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. Realizar activación de ruta de gestión del riesgo individual, en módulo de canalización SIRC a casos identificados en visitas domiciliarias con tuberculosis sensible/resistente y Hansen	SE REALIZA CANALIZACIÓN EN FORMATO SIRC LOCALIDAD DE USME	ENVIO DE CORREO CON FORMATO SIRC
9	9. Realizar seguimiento a la calidad del dato en los libros de visitas domiciliarias de personas con Tuberculosis y Hansen	SE REALIZA REVISIÓN DE CALIDAD DEL DATO CON TÉCNICO	ACTA DE SEGUIMIENTO
10	10. Generar la Actualización de información y envío por correo electrónico de libro de pacientes de TB sensible 2023-2024 y farmacorresistente histórico 2024 según corresponda	ACTULIZACIÓN DE BASE DE DIAGNOSTICO DE BASE DE TB Y HANSEN EL ENVIO TRIMESTRAL SE REALIZA EL MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR	BASE
11	11. Definir la modalidad de supervisión del tratamiento de tuberculosis mediante las modalidades descritas en el Lineamiento Técnico y Operativo del Programa Nacional de Tuberculosis	SE REALIZAN VISITAS EN DONDE SE EVIDENCIA PACINTES CUMPLEN PARA TDO IPS	ACTA Y FORMATO DE VISITA
12	12. Realizar solicitud de medicamentos de manera mensual o según requerimiento a la Secretaría Distrital de salud	ACTIVIDAD RELIZADA EN LOS PRIMERO 10 DEL MES	CORREO ENVIADO
13	13. Verificar con los auxiliares de enfermería del programa de la subred la concordancia del registro de kárdex de medicamentos, movimiento de medicamentos	SE REALIZA REVISIÓN DE KARDEX Y SE REALIZA DESPLAZAMIENTO PARA CONTEO DE MEDICAMENTO A BODEGA PRINCIPAL	ACTA CON TECNICO DEL PROGRAMA
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	ASISTENCIA A REUNION MENSUAL EN SDS EL DIA Y REUNION DE EQUIPO CON GEPISP	ACTA Y LISTADO

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9489113714	-		$ 4762104
2025	JULIO	2025	08	11				
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	**$ 333500**
Salud		SURA		$ 238105	**$ 260500**
ARL	3	SURA		$ 46402	**$ 50800**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 552823**	**$ 644800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870497346

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE VIVIANA CUELLAR GAVIRIA	2025-08-23 13:51:40
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-25 09:14:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-25 17:18:31

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 1010220913		CUELLAR GAVIRIA ANGIE VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 32 D BIS A SUR 12 D 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2395095	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	1694064364	9489113714	I	2025/08/05	2025/08/11	BANCO DAVIVIENDA	6	$686,600

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)					$2,075,879	$332,200			$2,075,879	$259,500			$2,075,879	$41,600			$2,075,879	$50,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,075,879	$332,200			$2,075,879	$259,500			$2,075,879	$41,600			$2,075,879	$50,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,075,879	$332,200			$2,075,879	$259,500			$2,075,879	$41,600			$2,075,879	$50,600		$0	$0
1	CC	1010220913	CUELLAR ANGIE	25-14	30	$2,075,879	$332,200	EPS010	30	$2,075,879	$259,500	CCF24	30	$2,075,879	$41,600	14-11	30	$2,075,879	$50,600	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,075,879	$332,200			$2,075,879	$259,500			$2,075,879	$41,600			$2,075,879	$50,600		$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 1010220913		CUELLAR GAVIRIA ANGIE VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 32 D BIS A SUR 12 D 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2395095	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	1694064364	9489113714	I	2025/08/05	2025/08/11	BANCO DAVIVIENDA	6	$686,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$332,200	$1,300	$0	$333,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$332,200	$1,300	$0	$333,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$50,600	$200	$0	$50,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$50,600	$200	$0	$50,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,600	$200	$0	$41,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$41,600	$200	$0	$41,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,500	$1,000	$0	$260,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$259,500	$1,000	$0	$260,500
TOTAL				1	$683,900	$2,700	$0	$686,600

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA ENERO CTO 1393_2024.pdf (Archivado)	CUENTA ENERO CTO 1393_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 1393_2025.pdf	CUENTA ENERO CTO 1393_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 1393_2025.pdF	CUENTA FEBRERO CTO 1393_2025.pdF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 1393_2025.pdf	CUENTA MARZO CTO 1393_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 1393_2025.pdf.pdf	CUENTA ABRIL CTO 1393_2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA ABRIL CTO 1393_2025.pdf.pdf.pdf (Archivado)	CUENTA ABRIL CTO 1393_2025.pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 1393_2025.pdf..pdf	CUENTA MAYO CTO 1393_2025.pdf..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 1393_2025.pdf..pdf.pdf	CUENTA JUNIO CTO 1393_2025.pdf..pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 1393_2025.pdf..pdf.pdf	CUENTA JULIO CTO 1393_2025.pdf..pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

¡Hola, Cleomedes del Carmen Gaviria Arias!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 686.600

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9489113714

Fecha de la transacción: 11/08/2025

CUS: 1694064364

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.