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:**	2025-09-01	**Hasta:**	2025-09-30	
Nombre del Contratista:	YERLY JOHANNA FLOREZ ANGARITA		**Número de Documento:**	37840528	
Correo Electrónico:	yerlyflorez@gmail.com		**Número Telefónico:**	3212105652	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1433-2025	**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
K25PI	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		2025-01-02		**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	$ 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	

© Siasur - 2025

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 la revisión y apropiación de los lineamientos técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención.	-Se realiza revisión y consulta de la ficha operativa de la interacción de manera permanente, con el fin de cumplir con las especificaciones técnicas y las fechas de entrega de los productos.	-Se realiza lectura de la ficha técnica de manera permanente.
2	2. Participar en las Realizar acompañamientos técnicas, inducción, reinducción, capacitaciones y entrenamiento del proceso de Análisis y políticas para la salud y vida en los territorios en el marco del convenio GSP-PSPIC convocadas la SDS.	-Participación en mesa de trabajo lineamientos proceso gestión y análisis de política para el bienestar. 12/09/2025 -Participación en asistencia técnica presencial SDS. 25/09/2025	-12/09/2025 Acta y listado de asistencia -25/09/2025 Acta y listado de asistencia
3	3. Consolidar documentos, informes o medios de verificación descritos en el lineamiento técnico del proceso transversal y fichas técnicas del en el convenio GSP-PSPIC vigente, el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual de Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE con los recursos e insumos disponibles desde la institución para el desarrollo de la acción con atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Elaboración y radicado de producto: Actas de socialización, fichas técnicas y presentaciones documentos Análisis intersectorial de prioridades identificadas según el momento del curso de vida en el marco de las políticas públicas y Análisis de la participación social Migrantes con sus anexos. 05/09/2025 -Elaboración y radicado de Infografías, documentos finales y resumen ejecutivos ajustados, actas de socialización, fichas técnicas y presentaciones Embarazo Adolescente y Migrantes. 15/09/2025 -Ajuste, diagramación y radiación de documentos finales, resúmenes ejecutivos e infografías. 30/09/2025	-Radicado vía correo 05/09/2025 -Radicado vía correo 15/09/2025 -Radicado vía correo 30/09/2025
4	4. presentar preauditoria de soportes o medios de verificación de las actividades en el marco de las acciones del marco del convenio GSP-PSPIC, en los tiempos establecidos por el referente del proceso transversal.	-Presentación de soportes de auditoría productos junio y julio de 2025 -Revisión de soportes mensuales por producto en el repositorio del proceso transversal	-23/09/2025 Presentación soportes auditoría junio y julio de 2025 -Revisión de soportes mensuales por producto en el repositorio del proceso transversal: entrega PIC
5	5. Participar en las reuniones de equipo, seguimiento a actividades contractuales, Realizar acompañamientos técnicas o fortalecimientos de capacidades convocadas por la subred integrada de servicios de salud sur, referente del proceso transversal o líder operativo.	-Participación en reunión de direccionamiento proceso transversal de gestión y análisis de políticas	-26/09/2025 Acta y listado de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Aporte informe junta directiva agosto 2025 - Diligenciamiento SEGPLAN	-Documento informe de junta en drive - SEGPLAN diligenciado en aplicativo SDS
7	7. Realizar articulación permanente con los y las delegadas de políticas, para realizar recolección, análisis y procesamiento de información cualitativa y cuantitativa requerida y resultante de la participación en las instancias locales y otros espacios de coordinación local de las políticas.	-Participación en Mesa de trabajo Salud Oral socializando documento Respuesta intersectorial al embarazo adolescente en la zona sur por solicitud de la Delegatura de PP Adultez, Trabajo y Salud Oral. 10/09/2025	-10/09/2025 Acta y listado de asistencia
8	8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-No aplica para el periodo	-No aplica para el periodo

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**	89779407	-		
2025	**AGOSTO**	**2025**	**09**	**11**				
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		SÁNITAS		$ 269845	**$ 269900**
ARL	3	SURA		$ 52587	**$ 52600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 626516**	**$ 668000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	9770140649

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YERLY JOHANNA FLOREZ ANGARITA	2025-09-22 12:12:31
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YERLY JOHANNA FLOREZ ANGARITA	2025-09-24 08:25:55
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-24 11:44:52
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-25 14:01:35

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	37840528	YERLY JOHANNA FLOREZ ANGARITA	Calle 11A 79A 28 casa 39	6016409389	yerlyflorez@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89779407	$714.100	

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	269.900	0		0		0	6	1.100	0	271.000	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	6	1.400	0	346.900	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	6	200	52.800			526	52.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	43.200	6	200	43.400	1

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	269.900	271.000
Pensión	1	345.500	346.900
Riesgos Laborales	1	52.600	52.800
CCF	1	43.200	43.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	711.200	714.100

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	37840528	YERLY JOHANNA FLOREZ ANGARITA	Calle 11A 79A 28 casa 39	6016409389	yerlyflorez@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89779407	$714.100	

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	37840528	FLOREZ ANGARITA YERLY JOHANNA	59	0			N																	230301	2.159.000	345.500	0	0	0	0	EPS005	2.159.000	269.900	14-11	2.159.000	3	52.600	CCF24	2.159.000	43.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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