| | | |
|---|---|---|
| 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:** | WENDY JOHANNA ALFONSO GOMEZ | | **Número de Documento:** | 1070920251 | |
| **Correo Electrónico:** | johannita.alfonso@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3153164723 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 8606-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 2882 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V07UI502 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | 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** | 2024-12-10 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-01-15 |

| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2024-12-31 | 2025-02-28 | 1 | $ 7996272 | 51 |
| 2 | 2025-01-16 | 2025-02-28 | 2 | $ 7996272 | 51 |
| 3 | 2025-02-25 | 2025-04-09 | 3 | $ 5197577 | 402 |
| 4 | 2025-04-08 | 2025-05-31 | 4 | $ 7307184 | 680 |
| 5 | 2025-05-24 | 2025-06-30 | 5 | $ 4127120 | 892 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 2025-06-20 | 2025-07-31 | 6 | $ 4127120 | 1066 |
| 7 | 2025-07-25 | 2025-08-31 | 7 | $ 4127120 | 1267 |
| 8 | 2025-08-27 | 2025-09-30 | 8 | $ 4127120 | 1472 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | DICIEMBRE | $ 2803041 |
| 2 | ENERO | $ 3998136 |
| 3 | FEBRERO | $ 3998136 |
| 4 | MARZO | $ 3998136 |
| 5 | ABRIL | $ 4508430 |
| 6 | MAYO | $ 4127120 |
| 7 | JUNIO | $ 4127120 |
| 8 | JULIO | $ 4127120 |
| 9 | AGOSTO | $ 4127120 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 2931966** | **$ 47937751** | **$ 35814359** | **$ 12123392** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS | ---Realizar lectura y apropiación conceptual de lineamientos (documento operativo, fichas técnicas, lineamiento GESI, caja de herramientas) entregadas por la Secretaría Distrital de Salud. | --Acta de apropiación conceptual. |
| 2 | 2. Realizar visita domiciliaria , familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos | ---Se realizan visitas de caracterizacion, de actualizacion, implementaciones y cierres de plan de cuidado familiar para el periodo ejecutado, donde se realiza identificacion de riesgos, gestión de alerta acorde a las necesidades identificadas y acciones promocionales con enfoque en salud oral, realizando la captura de la informacion en los formatos y sistemas de información establecidos en los lineamientos de SDS. | ---Formatos de plan de cuidado familiar diligenciados oportunamente con criterios de calidad y completitud. - Matriz de seguimiento familiar diligenciada con criterios de calidad y oportunidad. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 3 | 3. Realizar activación de ruta, derivaciones y notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento | -Realizar gestión del riesgo acorde a la identificación de alertas, procediendo al diligenciamiento completo y con criterios de calidad y al envío oportuno de los formatos de canalización de rutas, fichas de notificación de eventos de interés en salud pública dispuestas desde el SIVIGILA, asignación de citas y remisión a equipos de atención en casa acorde al riesgo identificado durante las visitas domiciliarias. -- Envio oportuno de formatos de canalización de rutas con criterios de calidad y completitud mediante correo electrónico a equipo de gestión táctica y soporte operativo. ---Envio oportuno de fichas de notificación de eventos de interés en salud pública con criterios de calidad y completitud mediante correo electrónico a equipo de gestión táctica y soporte operativo. | - - Asignación de citas acorde al sistema definido por parte del equipo de gestión táctica y soporte operativo. - Remisión de casos a equipos de atención en casa acorde a los criterios establecidos desde Secretaria Distrital de Salud. |
| 4 | 4. Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento | -Orientar a los usuarios frente a causales para asistencia al servicio de urgencias odontologicas mediante actividades ludico-educativas o entrega de piezas comunicativas alusivas al tema. -- | --Formatos de plan de cuidado familiar diligenciados oportunamente con criterios de calidad y completitud. - Matriz de seguimiento familiar diligenciada con criterios de calidad, completitud y oportunidad. |
| 5 | 5. validar el registro de la informacion con criterios de calidad en el aplicativo en linea dispuesto por la SDS | -Realizar proyeccion mensual de cronograma de actividades a ejecutar y actualizacion diaria con las especificaciones tecnicas socializadas. | -Cronograma de actividades proyectado y actualizado diariamente |
| 6 | 6. Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS | Participacion en reuniones y asistencias tecnicas programadas y convocadas por la Subred Sur, Entorno Hogar y Secretaria Distrital de Salud. | --Acta y listado de asistencia. |
| 7 | 7. Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS | -Retroalimentación de matriz de seguimiento familiar, reportes de seguimientos diarios, diligenciamiento de formatos establecidos desde nivel central y demas informes y tableros de control solicitados y establecidos desde la Subred Sur y Secretaria Distrital de Salud. | -- Matriz de seguimiento familiar. - Tablero de reporte diario. - Informes de seguimiento de intervenciones acorde a necesidad. |
| 8 | 8. Apoyar la formulación y ejecución de las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del coordinador | ----Formulación y ejecución de acciones preventivas, correctivas y/o plan de mejoramiento producto de evaluaciones y recomendaciones del equipo de seguimiento de la SDS, referente y líder acorde a necesidad. ---Acta y listado de asistencia de seguimiento a la ejecución de actividades contractuales acorde a necesidad. | - - Formulación y seguimiento de acciones preventivas, correctivas y/o plan de mejoramiento acorde a lo establecido por la Subred Sur o SDS acorrde a necesidad. |
| 9 | 9. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | --Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad. | --- Entrega de fichas que contenga formatos de seguimiento acorde a los requisitos de gestión documental. - Actas y listados de asistencia de entrega al archivo. |
| 10 | 10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | --Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad. | --Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad. |

## 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** | 1075576766 | - | | |
| **2025** | **AGOSTO** | **2025** | **09** | **10** | | | | |

| **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 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1650848 | $ 264136 | **$ 264200** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 206356 | **$ 206400** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 40215 | **$ 40300** |
| Caja de Compensación | SI | COMPENSAR | **Total** | **$ 479109** | **$ 510900** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 570004870497254 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | WENDY JOHANNA ALFONSO GOMEZ | 2025-09-24 22:28:03 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-09-26 09:56:32 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-09-26 17:04:25 |

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**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-09-24, 09:55:40 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1075576766

**Periodo Cotización** 202508 **Periodo Servicio** 202508

## PAGADA 2025-09-10 22:05:57.0 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | WENDY JOHANNA ALFONSO GOMEZ | | | | |
| **Documento** | CC 1070920251 | **Dirección** | CL 132A #89 - 51 MANZ 2 CASA 6 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6812249 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1070920251 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | ALFONSO GOMEZ WENDY JOHANNA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 1.650.848 | 25-14 | | 16 % | $ 1.650.848 | $ 264.200 | $ 0 | $ 0 | EPS008 | | 12,5 % | $ 1.650.848 | $ 206.400 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.650.848 | $ 40.300 | CCF24 | 0,6 % | $ 1.650.848 | $ 10.000 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 264.200 | $ 0 | $ 0 | $ 206.400 | $ 40.300 | $ 10.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 520.900 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

Gmail johanna alfonso <johannita.alfonso@gmail.com>

# PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1768537437

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 10 de septiembre de 2025, 22:06
Para: johannita.alfonso@gmail.com

## ¡Hola, Wendy Johanna Alfonso Gómez!

**Estado de la Transacción:** Aprobada

### Los siguientes son los datos de tu transacción:



**Valor:** $ 520.900

**Empresa:** SIMPLE OI

**Descripción:** Pago de Seguridad Social

**Fecha de la transacción:** 10/09/2025

**CUS:** 1768537437

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.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

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

< 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

| 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | DOC CTO-8606-2024.zip (Archivado) | DOC CTO-8606-2024.zip | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO 2025 CTO 8606-2024.pdf | CUENTA MARZO 2025 CTO 8606-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | DOCUMENTOS CONTRATISTA | 1070920251-20250509T163429Z-1-001.zip | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO 2025 CTO 8606-2024.pdf | CUENTA MAYO 2025 CTO 8606-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO 2025 CTO 8606-2024.pdf | CUENTA JUNIO 2025 CTO 8606-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO 2025 CTO 8606-2024.pdf | CUENTA JULIO 2025 CTO 8606-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO 2025 CTO 8606-2024.pdf | CUENTA AGOSTO 2025 CTO 8606-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE - CTO 8606-2024.pdf | CUENTA DICIEMBRE - CTO 8606-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL 2025 CTO 8606-2024.pdf | CUENTA ABRIL 2025 CTO 8606-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA COBRO ABRIL 2025 CTO 8606 - 2024.pdf (Archivado) | CUENTA COBRO ABRIL 2025 CTO 8606 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA ENERO - CTO 8606-2024.pdf (Archivado) | CUENTA ENERO - CTO 8606-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ENERO 2025 CTO 8606-2024.pdf | CUENTA ENERO 2025 CTO 8606-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO FEBRERO 2025 - CTO 8606-2024.pdf | CUENTA COBRO FEBRERO 2025 - CTO 8606-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

GD7TDwVvFr

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

# La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E. certifica que:

## Wendy Johanna Alfonso Gómez

**1070920251**

Cumplió satisfactoriamente con la:

**INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025**

Para constancia se expide:

**15 de septiembre de 2025**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ


10:45 a. ...
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
UNA PERSPECTIVA PARA CRECER
IDENTIFIQUE SU ROL
UNA PERSPECTIVA PARA CRECER
Se registró la información con éxito
Aceptar