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:	JOHANNA MARTÍNEZ DURÁN		**Número de Documento:**	1020752593	
Correo Electrónico:	johannaduran451@gmail.com		**Número Telefónico:**	3123661671	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8438-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2882
Perfil:	TECNICO 1-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	13804	$2539936	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2539936**	**DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS**					

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	$ 4920896	51
2	2025-01-16	2025-02-28	2	$ 4920896	51
3	2025-02-25	2025-04-09	3	$ 3198582	402
4	2025-04-08	2025-05-31	4	$ 4497065	680
5	2025-05-24	2025-06-30	5	$ 2429504	892

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2025-06-20	2025-07-31	6	$ 2263856	1066
7	2025-07-25	2025-08-31	7	$ 2539936	1267
8	2025-08-27	2025-09-30	8	$ 2539936	1472

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	DICIEMBRE	$ 1724988
2	ENERO	$ 2460448
3	FEBRERO	$ 2460448
4	MARZO	$ 2460448
5	ABRIL	$ 2664172
6	MAYO	$ 2263856
7	JUNIO	$ 2539936
8	JULIO	$ 2539936
9	AGOSTO	$ 2539936

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1804329	**$ 29115000**	**$ 21654168**	**$ 7460832**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-APROPIACION DE LAS ACTIVIDADESY LINEAMIENTOS PROPUESOS EN EL CONVENIO	-LISTA DE ASISTENCIA
2	Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.	-REALIZAR VISITA DOMICILIARIADILIGENCIANDO CARACTERIZACIONFAMILIARPARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE RIESGOS EN SALUD	-APLICABLE
3	Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo	--REALIZAR ACTIVACION DE RUTA, NOIFICACION DE EVENTOSDE INTERES EN SALUD PUBLICA	-APLICABLE

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado.	-DESARROLLAR ACCIONES INTEGRALES DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION DE LA ENFERMEDAD Y GESTION DEL RIESGO SEGÚN CURSO DE VIDA	-PLAN DE CUIDADO
5	Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos	-SE DESARROLLA CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO SOBRE EL MANEJO DEL APLICATIVO	-CAPACIACION DE FORTALECIMIENTO ENTREGA DE USUARIO DE PRUEBA-LISTADO DE ASISTENCIA
6	Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-FORMULAR Y EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y /O PLAN DE MEJORAMIENTOA QUE HAYA LUGARDE ACUERDO A LAS EVALUACIONES, RECOMENDACIONES OBTENIDASPOR PARTE DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTOASIGNADO POR LA SDS	--BASES
7	Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	-PARTICIPACION A LAS CAPACITACIONESDE FORTALECIMIENTOS ESTABLECIDAS DE MANERA VIRTUAL Y PRESENCIAL, APROPIACION DEL NUEVO MODELO	-LISADO DE ASISTENCIA
8	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-PARTICIPACION A LAS CAPACITACIONESDE FORTALECIMIENTOS ESTABLECIDAS DE MANERA VIRTUAL Y PRESENCIAL, APROPIACION DEL NUEVO MODELO	-LISADO DE ASISTENCIA
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-CARGUE OPORTUNO AL APLICATIVO, CON CALIDAD DEL DATO, ACTUALIZACION DE DATOS DELUSUARIO	-CARGUE AL APLICADO LISTA DE FIRMAS
10	Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	-CUMPLIMIENTO DE META SEGUN LOS DISPUESTOS EN EL LINEAMIENTO-REPORTE DE ACTIVIDADES REALIZADAS SEGUN PRECITICA	-LISTADO DE FIRMAS-LINK DE DILIGENCIAMIENTODIARIO-ASISTENCIAS VIRTUALES
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN	-CAPACITACIONES Y LISTADOS DE ASISTENCIA

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	$ 2539936
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8389670616	-		
2025	AGOSTO	2025	09	16				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		COMPENSAR		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488420992288

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOHANNA MARTINEZ DURAN	2025-09-24 19:55:24
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-25 20:55:57
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-26 14:08:49

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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOHANNA MARTINEZ DURAN
No. Identificación: CC1020752593
Dirección: KARRERA 77H 68 18 SUR
Telefono: 9150511
Correo: johannaduran451@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389670616

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOHANNA MARTINEZ DURAN
Tipo y número de identificación	CC1020752593
Número de planilla	8389670616
Fecha pago	2025-09-16
Número de autorización pago	25140231
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2025
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	469000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
230301	Porvenir	227800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28500	1
EPS002	Salud Total EPS	178000	1

8389670616

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1020752593
APELLIDOS Y NOMBRES: JOHANNA MARTINEZ DURAN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9605625712 DV: 366912
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 16/09/2025 14:02:32
PAP: 909211
Nombre: BBB
Apellido 1: BBB
NUM PLANILLA: 8389670616
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1020752593
PERIODO: 202508
Referencia: 8389670616Valor: $469.000,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

f417YO6GpR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

JOHANNA MARTINEZ DURAN

1020752593

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

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

UNA PERSPECTIVA PARA CRECER

UNA PERSPECTIVA PARA CRECER

Se registró la información con éxito

Aceptar

Powered by CamScanner

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? 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		
☐	DOC CTO-8438-2024.zip	DOC CTO-8438-2024.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025 CTO 8438-2024.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 8438-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2025 CTO 8438-2024.pdf	CUENTA ABRIL 2025 CTO 8438-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2025 CTO 8438-2024.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 8438-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2025 CTO 8438-2024.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 8438-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2025 CTO 8438-2024.pdf	CUENTA JULIO 2025 CTO 8438-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2025 CTO 8438-2024.pdf	CUENTA AGOSTO 2025 CTO 8438-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZOCT8438-2024.pdf	CUENTA MARZOCT8438-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 8438-2024.pdf	CUENTA ENERO CTO 8438-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBREROCT8438-2024.pdf	CUENTA FEBREROCT8438-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRECTO 8438-2024.pdf	CUENTA DICIEMBRECTO 8438-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >