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:	MARIA CAMILA FERNANDEZ FLOREZ		**Número de Documento:**	1031160031	
Correo Electrónico:	kamilafer.florez@gmail.com		**Número Telefónico:**	3193745345	
Nombre del Supervisor:	MARIO JAIR GARZON JARA	**Cargo:**	JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	**Código - Grado:**	230

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6385-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1356
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (ATENCIÓN AL USUARIO)				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
O02VB	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	USS VISTA HERMOSA	$1833960	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1833960**	**UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-09-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-12-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	SEPTIEMBRE	$ 1833960	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7335840	**$ 7335840**	**$ 1833960**	**$ 5501880**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2025

1	Informar y orientar a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur o mediante atención telefónica, promoviendo el enfoque diferencial según la necesidad de los mismos y entregar soporte físico de la atención individual o grupal y realizar los registros en el aplicativo SI CUENTANOS de manera oportuna.	-Se brinda información personalizada sobre las necesidades requeridas por los usuarios con el fin de mitigar barreras de acceso. Se registra en el aplicativo SI CUENTANOS dicha información como orientaciones individuales	-Se realiza orientación al ingreso de 250 usuarios en el aplicativo SI CUENTANOS
2	Realizar filtro de ingreso en la Unidad de Servicios de Salud, para identificar necesidad de usuarios y direccionar de manera adecuada, cálida, oportuna y efectiva; verificando la documentación pertinente, de acuerdo al servicio requerido.	-Se realiza verificación de documentos para direccionar los servicios solicitados por los usuarios ya sean trámites de asignación de citas o facturación. Se realiza verificación de Seguridad Social en salud en las bases de datos de DNP, Comprobador de derechos y Adres	-Se realiza filtro de ingreso a la Unidad de servicios de salud asignando 250 turnos diarios
3	Identificar población preferencial, poblacional y especial gestionando su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad y realizar los registros SI CUENTANOS	-Se realiza filtro permanente para identificar la población prioritaria (adulto mayor, gestantes, niños en brazos, personas en condición de discapacidad). Y así direccionarlas a la ventanilla VIP, se genera digiturno.	-Se realiza filtro de ingreso y se entregan 150 turnos preferenciales
4	Realizar divulgación permanente de información de interés en sala de espera para los usuarios de los servicios, derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha, y demás requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	-Se realiza charlas informativas y charlas educativas según cronograma en los diferentes servicios de la unidad.	-Se realizan a la fecha 20 charlas según cronograma
5	Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera.	-Realizar encuestas de satisfacción, al usuario y su familia de los diferentes servicios de la unidad.	-Se realizan 75 encuestas de satisfacción de los servicios ambulatorios y complementarios
6	Desplegar las acciones de educación dirigidas por la Oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, dirigidas a los colaboradores y funcionarios en temáticas como: política de género, inclusión y no discriminación, derechos y deberes, mecanismos de escucha, canales de atención, enfoque diferencial, entre otras.	-Se realiza el despliegue de las acciones de educación dirigidas por la Oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, dirigidas a los colaboradores y funcionarios en temáticas como : política de género, inclusión y no discriminación, derechos y deberes, mecanismos de escucha, canales de atención, enfoque diferencial, entre otras.	-Se realizan charlas las cuales están registradas en el formato de charlas informativas

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	$ 1833960
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9490722219	-		
2025	**AGOSTO**	**2025**	**09**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 228400**
Salud		SÁNITAS		$ 177938	**$ 178500**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 441700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24122528480

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CAMILA FERNANDEZ FLOREZ	2025-09-23 14:02:59
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIO JAIR GARZON JARA	2025-09-25 16:53:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CAMILA FERNANDEZ FLOREZ	2025-09-25 18:56:47
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CAMILA FERNANDEZ FLOREZ	2025-09-25 18:57:32
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIO JAIR GARZON JARA	2025-09-26 12:12:30
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-09-28 13:05:40

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.



MARIO JAIR GARZON JARA
JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y
SERVICIO AL CIUDADANO

En el marco de la campaña "Bogotá, cuidadora", La Secretaría Distrital de Salud certifica que:

MARIA CAMILA FERNANDEZ FLOREZ

C.C.1031160031

Participó en la formación como:

Promotores del bienestar emocional - Conecta con tus emociones

Primer Semestre 2025

Bogotá

i b T H i g H j d Y

Julián Orjuela Benavides
Subsecretario de Gestión Territorial,
Participación y Servicio a la Ciudadanía

Salome Valencia Aguirre
Coordinadora CDEIS

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

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 1031160031		FERNANDEZ FLOREZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 52 C Bis sur No 27-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3193745345	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	25153106	9490722219	I	2025/09/08	2025/09/12	BANCO DE OCCIDENTE	4	$470,300

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1031160031 FERNANDEZ MARIA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$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 1031160031		FERNANDEZ FLOREZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 52 C Bis sur No 27-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3193745345	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	25153106	9490722219	I	2025/09/08	2025/09/12	BANCO DE OCCIDENTE	4	$470,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$600	$0	$228,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$600	$0	$228,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$100	$0	$34,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$100	$0	$28,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$100	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$500	$0	$178,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$500	$0	$178,500
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$1,300**	**$0**	**$470,300**

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		
☐	CTO No 1895-2024 ENERO 2025.pdf	CTO No 1895-2024 ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 1895-2024 FEBRERO 2025.pdf	CTO No 1895-2024 FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 1895-2024 MARZO 2025.pdf	CTO No 1895-2024 MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 1895-2024 ABRIL 2025.pdf	CTO No 1895-2024 ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 1895-2024 MAYO 2025.pdf	CTO No 1895-2024 MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 1895-2024 JUNIO 2025..pdf	CTO No 1895-2024 JUNIO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 1895-2024 JULIO 2025.pdf	CTO No 1895-2024 JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 1895-2025 AGOSTO 2025.pdf	CTO No 1895-2025 AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >