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:	MARISOL FLOREZ TORRES		**Número de Documento:**	52830723	
Correo Electrónico:	mflorezt@gmail.com		**Número Telefónico:**	3145538964	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1300-2025	**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
K27PINS	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
9	SEPTIEMBRE	$ 5396904

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35377419	**$ 48577404**	**$ 48577404**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Hacer Revisión y apropiación conceptual de documentos marco relacionados con el tema en cuestión.	Se realiza presentación de generalidades de lactancia materna y alimentación complementaria, normatividad, técnicas de extracción y conservación de leche humana, infografia paso 6 de la estrategia IAMII, problemas comunes en la lactancia.	Presentaciones Power Point
2	2. Elaborar del plan de acción Revisión y apropiación de conocimientos sobre lineamiento de MSPS de la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII), Plan Decenal de lactancia materna y alimentación complementaria 2021-2030, etc.2.	Se realiza avance de plan de acción con las actividades ejecutadas según el lineamiento de la vigencia.	Documento de Excel - Drive Nivel Central y correo electrónico de pantallazo de diligenciamiento.
3	3. Realizar mesa de trabajo de gestoras de lactancia materna de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, en la que se genere revisión y ajuste del plan de acción por subred.	En el mes de septiembre no se realiza mesa de trabajo con gestoras.	No se generaron soportes.
4	4. Realizar articulaciones que contribuyen al mejoramiento de la estrategia con los actores que correspondan para establecer estrategias de mejoramiento y toma de decisiones	Asistencia y Participación en Unidad Técnica de Apoyo Distrital a la lactancia materna.	Acta de reunión.

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Realizar mensualmente jornadas de fortalecimiento de capacidades en lactancia materna o alimentación complementaria en IPS públicas o privadas o con equipos de PSPIC	Se realizan nueve (9) asistencias técnicas: 5 Jornadas de fortalecimiento de capacidades dirigido al talento humano en la temática generalidades de lactancia materna y alimentación complementaria, normatividad, técnicas de extracción y conservación de leche humana, problemas comunes de la lactancia materna: Localidad Ciudad Bolívar: Entorno Laboral Localidad de Usme: Centro de Salud Usme, Centro de Salud Destino. Consultorio particular Doctora Maria Teresa Localidad Tunjuelito: Consultorio particular Doctor José Sanchez Localidad Sumapaz: Centro de Salud Nazareth 4 Acompañamientos en consulta Localidad Ciudad Bolívar: Centro de Salud Candelaria la Nueva con enfermero; Localidad Usme: centro de salud Usme en el curso de maternidad y paternidad y consulta - enfermera, Centro de salud Nazareth en la consulta pediatria, Centro de salud Destino en consulta de enfermería.	Acta de fortalecimiento y acompañamiento en consulta y curso de preparación para la maternidad y paternidad responsable.
6	6. Hacer Seguimiento y apoyo operativo de requerirse, en la inscripción, participación y culminación de contenidos teórico-prácticos de los cursos de formación en técnicas de habilidades en consejería en lactancia materna que sean ofertados por el nivel central.	Se realiza seguimiento a curso de consejería de lactancia materna y alimentación del niño pequeño de 2 años brindado por el SENA.	Listado de personas certificadas.
7	7. Respuesta a solicitudes de apoyo logístico y operativo en Lactancia Materna y alimentación complementaria en IPS, entornos cuidadores, desde nivel central o solicitudes externas	Se realiza respuesta a: modalidades de ICBF-madres comunitarias de Usme y Ciudad Bolívar en donde se realiza fortalecimiento de capacidades en técnicas de amamantamiento. Jardín de Secretaría de Integración Social Sumapaz en generalidades de lactancia materna.	Actas de fortalecimiento.
8	8. Realizar acompañamiento y participación en las jornadas de direccionamiento técnico y operativo a demanda de la Secretaría Distrital de Salud	Para el mes de septiembre se realiza participación en socialización de lineamiento octubre 2025.	listado de asistencia.
9	9. Realizar consejerías en lactancia materna o alimentación complementaria, individuales o grupales	Se realizan 17 consejerías en técnica de lactancia materna grupal localidad de Ciudad Bolívar.	Formato de consejería.
10	10. Realizar actividades de fortalecimiento en lactancia materna o alimentación complementaria en el marco del Programa Madre Canguro de IPS públicas y privadas	Para el mes de septiembre no se generaron espacios de consejería en el Programa Madre Canguro.	No se generaron soportes.
11	11. Realizar acompañamiento y participación en espacios como el comité materno infantil, comité de Seguridad alimentaria y Nutricional y las demás que se consideren pertinentes.	Se realiza participación en el comité materno infantil, participación en la Mesa de Seguridad Alimentaria Nutricional en el mes de septiembre, Comité de Seguridad alimentaria y Nutricional de las localidades de Tunjuelito, Usme y Ciudad Bolívar.	Actas de comité.
12	12. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	Se organizan soportes en físico y digital del 01 al 30 de septiembre.	Soportes en físico y digital.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se diligencia el cronograma con las acciones que se realizan en el mes de septiembre (01 al 30); se diligencia base de datos de profesionales de la salud del total de IPS de acuerdo a los fortalecimiento realizados en el mes de septiembre; se da respuesta a correos de inscripción de empresas para certificación SAFL nivel central y se actualiza base de datos. Se realiza gestión para grabación de PODCAST diferencial en lactancia humana, se envia informe de acciones realizadas en el mes de agosto en la semana mundial de lactancia materna.	Cronograma Drive; base de datos profesionales de salud; respuesta correos de SAFL - Laboral y base de datos SAFL actualizada, correo enviado de informe semana mundial de lactancia materna.

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**	89214789	-		
2025	**AGOSTO**	**2025**	**09**	**05**				
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		SURA		$ 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	466900062079

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARISOL FLOREZ TORRES	2025-09-22 17:05:14
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-23 08:16:52
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-25 12:17:43

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

© Siasur - 2025

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	52830723	MARISOL FLOREZ TORRES	AV CR 68 1 63 TO 5 AP 301	3145538964	mflorezt@yahoo.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	07/10/2025	90048664	$681.000	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	269.900	0		0		0	0	0	0	269.900	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	0	0		345.500	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	0	0	52.600			526	52.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.000	0	0	13.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	269.900
Pensión	1	345.500	345.500
Riesgos Laborales	1	52.600	52.600
CCF	1	13.000	13.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.000	681.000

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	52830723	MARISOL FLOREZ TORRES		AV CR 68 1 63 TO 5 AP 301	3145538964	mflorezt@yahoo.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	07/10/2025	90048664	$681.000	

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	52830723	FLOREZ TORRES MARISOL	59	0			N																	230301	2.158.762	345.500	0	0	0	0	EPS010	2.158.762	269.900	14-11	2.158.762	3	52.600	CCF24	2.158.762	13.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1834242693

De: serviciopse@achcolombia.com.co (serviciopse@achcolombia.com.co)

Para: mflorezt@yahoo.com

Fecha: martes, 7 de octubre de 2025, 07:29 a.m. GMT-5

¡Hola, Marisol Florez Torres!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 681.000

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 07/10/2025

CUS: 1834242693

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."