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:	LINA MARCELA ZABALA LOZANO		**Número de Documento:**	1026597696	
Correo Electrónico:	linazabalanutri@gmail.com		**Número Telefónico:**	3187484646	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1323-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 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	25881	$4762104	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4762104**	**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS**					

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	$ 1010896	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 5874987	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 4762104	1483
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 4613064	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 4613064
3	MARZO	$ 5064342
4	ABRIL	$ 4762104
5	MAYO	$ 4762104
6	JUNIO	$ 4762104
7	JULIO	$ 4762104
8	AGOSTO	$ 4762104

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31215107	**$ 42863094**	**$ 38100990**	**$ 4762104**

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.	-No se requirió para el mes actual, se realizó al ingreso a la Subred Sur, en el mes de diciembre como actualización del lineamiento del nuevo convenio y en mayo para revisión de Instrumento de riesgo.	-No aplica para el mes actual.
2	2. Elaborar del plan de acción.	-Se realizó la elaboración en el mes de diciembre al inicio de la vigencia actual. Para el mes actual, se diligencia el avance correspondiente de manera mensual de acuerdo con los tiempos establecidos.	-Correo de envío del diligenciamiento del plan de acción en los tiempos correspondientes
3	3. Realizar acompañamiento, participación y cumplimiento de compromisos en el marco de la mesa técnica de seguridad alimentaria de la subred o la que haga sus veces.	-Se participa en la mesa técnica de seguridad alimentaria y nutricional de la Subred Sur correspondiente al mes actual.	-Acta de la Mesa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
4	4.Asistir a Reuniones acorde a necesidad entre el profesional especializado y universitario del producto de Gestión en Salud y Nutrición del Entorno Institucional, o con el profesional de Implementación, seguimiento y monitoreo de estrategias distritales relacionadas con Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil del Entorno Institucional o el profesional de Gestión del Programa Madre Canguro de GPAISP.	-NO se realizan reuniones para generar articulación en las acciones que se llevan a cabo desde diferentes perfiles, entornos y/o transversalidades para el desarrollo mancomunado de las obligaciones y cumplimiento del lineamiento.	-No aplica para el mes actual.
5	5. Hacer el Diligenciamiento de la base de seguimiento a proyectos de Inversión.	-Se proyecta realizar diligenciamiento de acuerdo con los tiempos establecidos.	-Correo de envío del diligenciamiento de la matriz de proyectos de inversión en los tiempos correspondientes
6	6. Realizar Gestión de dificultades que se presenten en el proceso de gestión en salud y nutrición o en las temáticas priorizadas en la IPS, cuando aplique.	-"Se realiza envío de correo a referente de SDS dando a conocer las dificultades presentadas de: -Dificultad con gestión para acompañamientos en consulta y aceptación de los profesionales 19_09_2025"	-Correo(s) a SDS evidenciando la(s) dificultad(es) presentada(s)

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Participar en las jornadas de direccionamiento técnico y operativo a demanda de la Secretaría Distrital de Salud, así como respuesta dentro de los tiempos establecidos a las solicitudes de información realizadas desde nivel central.	-"Se asiste a las reuniones con referente de SDS en el mes actual, de acuerdo con las convocatorias realizada por la referente. - Presentación de productos y fichas técnicas de GIPEP para la nueva vigencia 12_09_2025"	-Actas de reunión
8	8. Asistir a Reunión mensual con los profesionales del producto Gestión en Salud y Nutrición (perfil universitario 1) de las cuatro Subredes.	-Se asiste a la reunión mensual con los profesionales de las cuatro Subredes para la revisión centralizada de las cohortes priorizadas y generación de estrategias de trabajo articulado que permitan el cumplimiento del plan de acción. 16_09_2025	-Acta de reunión
9	9. Participar en las mesas de trabajo que convoque nivel central con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB para la revisión y acompañamiento en el seguimiento a la atención integral en salud de las cohortes priorizadas que realizan dichas entidades.	-No se convocan desde SDS mesas de trabajo para la revisión y acompañamiento en el seguimiento a la atención integral en salud de las cohortes priorizadas.	-No aplica para el mes actual.
10	10. Hacer la selección de los casos de niños, niñas y gestantes que harán parte de las cohortes priorizadas a partir de las bases de datos compartidas por nivel central de manera mensual, de acuerdo con los criterios y formatos definidos en Realizar acompañamiento técnico con nivel central.	-Se realiza la selección de los 40 casos de las cohortes priorizadas, de acuerdo con las bases de datos compartidas desde nivel central.	-Formato de casos de cohortes priorizadas diligenciado
11	11. verificar la atención integral en salud de las cohortes priorizadas, de acuerdo con lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, en los formatos establecidos por nivel central o en acta de reunión de la visita realizada a la EAPB e IPS.	-"Se realizan las 5 visitas presenciales a las IPS para la revisión de los casos de las cohortes priorizadas, de acuerdo con las bases de datos compartidas desde nivel central. Se continúa la implementación del Instrumento de Adherencia a la Ruta de Riesgo de Desnutrición Aguda."	-"Base de registro de seguimientos a los casos Actas de reunión Instrumentos de adherencia a la ruta de riesgo de desnutrición aguda dliligenciados"
12	12. Realizar Gestiones ante las EAPB e IPS por medio de una o varias de las siguientes acciones: correos, visitas, oficios, canalizaciones al SIRC, reuniones u otras formas de acuerdo con la dinámica de la EAPB o la Subred, según necesidades y hallazgos identificados.	-Se realizan las gestiones correspondientes ante las EAPB, IPS y/o usuarios por medio de llamadas telefónicas, correos, canalizaciones y/o reuniones.	-"Correos, canalizaciones y/o acta de reunión Base de registro de seguimientos a los casos"
13	13. Realizar Gestión intersectorial de los casos que lo requieran de las cohortes priorizadas por medio de las acciones que defina la Subred de acuerdo con sus dinámicas o convenios.	-Se realiza gestión intersectorial de los casos de cohortes priorizadas.	-Correos, canalizaciones, acta de reunión y/o bases de datos de SDS
14	14. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental	-Se proyecta entrega del archivo correspondiente a la intervención realizada para el mes actual, de acuerdo a las dinámicas del producto #21 y a la concertación con la profesional de apoyo del entorno.	-Soportes entregados físicos y/o cargados digitales de la intervención realizada durante el mes actual
15	15. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-"Se realizan las siguientes actividades: - Cronograma del mes actual y proyección del mes siguiente. - Reunion de equipo del Entorno Institucional - Desarrollo de Curso de Integridad y Anticorrupción en SMARTSUR"	-Acta de reunión, listados de asistencia, archivos de drive, certificados y/o evidencia fotográfica de asistencia presencial o virtual.

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	$ 4762104
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	89643696	-		
2025	**AGOSTO**	**2025**	**09**	**05**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1904842	$ 304775	**$ 304800**
Salud		COMPENSAR		$ 238105	**$ 238200**
ARL	3	POSITIVA		$ 46402	**$ 46500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 552823**	**$ 589500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	765125331

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINA MARCELA ZABALA LOZANO	2025-09-22 20:37:42
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-23 09:01:47
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-25 12:27:30

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	1026597696	LINA MARCELA ZABALA LOZANO	Tv 64#1-55	3187484646	linazabala22@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	05/09/2025	89643696	$589.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	238.200	0		0		0	0	0	0	238.200	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	304.800	0	0	0	0	0	0		304.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	46.500				46.500	0	0	46.500			465	46.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	238.200	238.200
Pensión	1	304.800	304.800
Riesgos Laborales	1	46.500	46.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	589.500	589.500

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	1026597696	LINA MARCELA ZABALA LOZANO	Tv 64#1-55	3187484646	linazabala22@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	05/09/2025	89643696	$589.500	

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	Estudiante	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	1026597696	ZABALA LOZANO LINA MARCELA	59	0			N																	230301	1.904.842	304.800	0	0	0	0	EPS008	1.904.842	238.200	14-23	1.904.842	3	46.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



SELECCIÓN - CONFIRMACIÓN - **RESPUESTA**

Respuesta Pagos Electrónicos

Transacción Exitosa

Débito realizado Exitosamente.

Seleccione el botón terminar para confirmar la transacción con el establecimiento.

Su número de autorización es:	2172912235
Fecha y hora de la operación:	Fri Sep 05 10:44:41 GMT-05:00 2025
Debitado de la cuenta:	Cuenta de Ahorro Nómina - *****5331
Empresa facturadora:	COMPENSAR-OI
Número de la factura:	89643696
Valor:	$589,500.00
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Como soporte de esta transacción, por favor haga Click en el botón imprimir.

Cualquier inquietud, comunícate con nuestro Número Único por ciudad:

Bogotá	581 8181	**Cartagena**	693 1818
Medellín	604 1818	**Cali**	486 1818
Bucaramanga	697 1818	**Pereira**	340 1818
Barranquilla	385 1818	**Manizales**	887 9818
	Otras ciudades	018000 512633	

Imprimir Terminar

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		
☐	1323_01_2025.pdf	4. 1323_01_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_02_2025.pdf	4. 1323_02_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_03_2025.pdf	4. 1323_03_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_04_2025.pdf	4. 1323_04_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_05_2025.pdf	4. 1323_05_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_06_2025.pdf	4. 1323_06_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_07_2025.pdf	4. 1323_07_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_08_2025.pdf	4. 1323_08_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

LINA MARCELA ZABALA LOZANO

1026597696

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad de **2** horas

Para constancia se expide:

24 de agosto 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

mRfu2FkOLA

SMAR SUR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

LINA MARCELA ZABALA LOZANO

1026597696

Cumplió satisfactoriamente con la:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

30 de julio 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