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 ANGELICA RODRIGUEZ MENDEZ		**Número de Documento:**	1018410839	
Correo Electrónico:	marianasofia1011@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3142417062	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1384-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	TECNICO 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13803	$2539752	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2539752**	**DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-03		**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	$ 538474	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 3133281	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 2539752	1483
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 2460448	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 2460448
3	MARZO	$ 2701144
4	ABRIL	$ 2539752
5	MAYO	$ 2539752
6	JUNIO	$ 2539752
7	JULIO	$ 2539752
8	AGOSTO	$ 2539752
9	SEPTIEMBRE	$ 2539752

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 16649045	**$ 22860552**	**$ 22860552**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar apoyo a la supervisión de tratamientos de tuberculosis y Hansen mediante las modalidades domiciliaria o virtual descritas en el Lineamiento Técnico y Operativo del Programa Nacional de Tuberculosis.	según necesidad	- listados de firmas tarjeta de tratamiento
2	2. Distribución de esquemas de tratamiento a casos de tuberculosis sensible y fármacorresistente y Hansen a prestadores que supervisan tratamiento.	-entrega de mendicamento a unidades de la subred sur	-acta de entrega de medicamentos
3	3. Realizar recepción técnica de medicamentos verificando lotes de vencimiento, fechas, temperatura, humedad relativa, condiciones de almacenamiento y transporte seguro.	-solicitud,distribucion, movimiento, kardex de medicamentos	-formatos y correos electronicos
4	4. Realizar el envío del formato de movimiento de medicamentos e inventario al profesional encargado de medicamentos de la Subred.	enviar informe con calidad al referente y lider del programa	-correo electronico
5	5. Seguimientos mensuales a casos de pacientes residentes y georreferenciados interdepartamental en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Salud.	se realiza sensibilización a pacientes y sus familias del diagnostico, signos y síntomas, la importancia de la adherencia al tratamiento, verificación tarjeta de tratamiento.	-link seguimientos telefónicos
6	6. Recopilar la información relacionada con el diagnóstico, de los casos diagnosticados en la localidad, para ubicación del tratamiento o georreferenciación interlocal o interdepartamental, de acuerdo con el instructivo de georreferenciación	se realiza georreferenciacion de casos a nivel local, distrital	-correo electronico

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Reportar a las gestoras indígenas del equipo de apoyo del nivel central, todos los casos de Tuberculosis o Hansen con alguna pertenencia étnica	-según necesidad -correo electrónico	-correo electrónico
8	8. Recepción, consolidación y retro-alimentación de reportes de información a prestadores públicos y privados frente a calidad del dato	verificación de información correspondiente al paciente,carpetas	-correo electronico
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-reunión de equipo, apoyo jornadas de vacunación, jornada hansen reuniones con secretaria distrital de salud	-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	$ 2539752
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9490217637	-		
2025	AGOSTO	2025	08	12				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS

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

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570004870391119

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA ANGELICA RODRIGUEZ MENDEZ	2025-09-23 17:10:35
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-24 09:23:36
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-25 13:55:49

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

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 1018410839		RODRIGUEZ MENDEZ MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 27H N 71K - 84 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5111111	Si

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	1695029712	9490217637	I	2025/09/09	2025/08/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

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			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1018410839	RODRIGUEZ MARIA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$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 1018410839		RODRIGUEZ MENDEZ MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 27H N 71K - 84 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5111111	Si

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	1695029712	9490217637	I	2025/09/09	2025/08/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **MARIA ANGELICA RODRIGUEZ MENDEZ**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1018410839** y es titular de la cuenta terminada en ****1119** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
11/08/2025	$ 440.500,00	APORTES EN LINEA	1695029712	95029712

Se expide en Bogotá, el 23-09-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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? ○ 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		
☐	CTO 1384-2025 ENERO 2025	soporte angie dicie.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1384-2025 FEBRERO 2025.pdf	CTO 1384-2025 FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1384 2025 MARZO.pdf	CTO 1384 2025 MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1384 2025 ABRIL.pdf	CTO 1384 2025 ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1384 2025 MAYO .pdf	CTO 1384 2025 MAYO .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	CTO 1384 2025 JUNIO.pdf	CTO 1384 2025 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1384 2025 JULIO.pdf	CTO 1384 2025 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1384 2025 AGOSTO.pdf	CTO 1384 2025 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

JNyrIlvNLU

SMART SUR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

MARIA ANGELICA RODRIGUEZ MENDEZ

1018410839

Cumplió satisfactoriamente con la:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

1 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