| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-10-02 | **Hasta:** | 2025-10-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | CONSTANZA GARAVITO ANGEL | | **Número de Documento:** | 53073711 | |
| **Correo Electrónico:** | psconstanzagaravito@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3138698283 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 7050-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1675 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-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 | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| V07UI552 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | $4195200 | 100.3% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4195200** | **CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-10-02 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-11-30 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 8650400** | **$ 8650400** | **$ 0** | **$ 8650400** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Caracterizar al individuo y su núcleo familiar mediante visitas domiciliarias y la aplicación sistemática de instrumentos de tamizaje (Zung, Hamilton, APGAR Familiar, COPE 28) para identificar riesgos, necesidades y capacidades en salud mental. | -Visitas Domiciliarias a usuario indice Realizar caracterizacion del individuo para identificar y gestionar riesgos en salud de acuerdo con las actividades y criterios establecidos en salud mental. | -Aplicativo planillas de firmas. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 2 | 2.Realizar actividades individuales de resolutividad en salud, contempladas en el plan de beneficios en salud, a fin de articular acciones que garanticen integralidad y continuidad en la atención bajo los principios de concurrencia y complementariedad. | -Activacion de Rutas y Notificacion de Eventos Activar rutas de atencion notificar eventos de interes en salud publica programar citas y realizar el seguimiento necesario | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 3 | 3. Construir, de manera participativa con el usuario y su familia, un Plan de Bienestar que establezca objetivos claros, acciones concretas y compromisos mutuos para gestionar los riesgos identificados y fortalecer los factores protectores. | -Promoción de la Salud mental y Prevención de Enfermedades a nivel emocional Llevar a cabo acciones integrales de promoción y prevención según evento en areas de un plan de bienestar para el individuo y la familia | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 4 | 4. Reallizar intervenciones breves, Primeros Auxilios Psicológicos, y facilitar espacios de escucha activa y contención emocional para estabilizar, orientar y fortalecer las capacidades de afrontamiento de las personas en situaciones de crisis o malestar. | -Identificar necesidades a travEs de los tamizajez definiendo objetivos claros para cada área del individio y/o familia tales como físico mental emocional social y profesional Se diseña acciones específicas para cada objetivo como establecer una rutina de ejercicio meditar organizar el tiempo y cultivar relaciones sociales | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 5 | 5. Aplicar metodologías específicas y estructuradas, como "Habilidades para la Vida" en adolescentes y la intervención "Enfrentando Problemas Plus (EP )" para personas cuidadoras, asegurando la fidelidad a los modelos originales. | -Se evalua el proceso regularmente y ajusta tu plan según sea necesario para mantener el equilibrio y mejorar tu calidad de vida. | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 6 | 6. Brindar educación para la salud en temas prioritarios como pautas de crianza positiva, manejo del duelo, salud sexual para adolescentes y prevención del consumo de sustancias, adaptando los contenidos al curso de vida y contexto cultural. | -6-Se evalua el proceso regularmente y ajusta tu plan según sea necesario para mantener el equilibrio y mejorar tu calidad de vida. | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 7 | 7. Gestionar con enfoque diferencial y prioritario los casos de poblaciones con alta vulnerabilidad, incluyendo víctimas de violencia, personas con conducta suicida, adolescentes en riesgo, personas cuidadoras y población privada de la libertad. | -Se identifica tipo de evento en el usuario indice para evaluar ruta y proceso de trabajo | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 8 | 8. Desarrollar intervenciones colectivas, como los "Círculos de Bienestar Emocional", para fomentar la cohesión social, fortalecer las redes de apoyo y promover la salud mental comunitaria. | -Se dentifica a personas y organizaciones que puedan brindarte soporte emocional material y practico fomentando la comunicacion abierta y la escucha activa Luego cultiva la red participando en actividades comunitarias unirte a grupos de apoyo y manteniendo el contacto de forma regular Finalmente es fundamental recordar la importancia de la reciprocidad: no solo recibiras apoyo sino que también lo daras a otros en la red. | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 9 | 9. Realizar un seguimiento continuo y sistemático a la evolución de los casos y al cumplimiento del Plan de Bienestar, a través de sesiones presenciales o virtuales, para evaluar el progreso y ajustar las intervenciones. | -Se realiza abordaje inicial y posterior sesion 12 a 15 dias despues para identificar avance en el proceso algo terapeutico y a necesidad del individuo analizar pro y contra de acuerdo a las dimensiones donde este este teniendo falencias | --Aplicativo planillas de firmas. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 10 | 10. Activar y gestionar oportunamente las rutas de atención sectoriales e intersectoriales para asegurar el acceso de los usuarios a servicios complementarios de salud, protección, justicia o inclusión social. | -Con rectitud e integridad se evalua cada uno de los casos de los usuarios indices y o reportados ejecuando una accion en beneficio del mismo | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 11 | 11. Registrar de forma obligatoria, oportuna y con alta calidad toda valoración, plan, intervención y seguimiento en la historia clínica y los aplicativos institucionales designados (principalmente GTAPS) para asegurar la trazabilidad de la gestión. | -Se realiza en los tiempos establecidos de acuerdo a lineamiento del cargue de la informacion durante y post visita esto de acuerdo a la seguridad que la zona permita | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 12 | 12.Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred. | -Reuniones virtuales y presenciales, desarrollo de cursos en la plataforma smartsur | -Aplicativo planillas de firmas. |
| 13 | 13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Reuniones virtuales y presenciales desarrollo de cursos en la plataforma smartsur | -Planilla de firmas 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 | $ 2677976 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 9491988185 | - | | |
| **2025** | **SEPTIEMBRE** | **2025** | **10** | **16** | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEISPESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1376050 | $ 220168 | **$ 322600** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 172006 | **$ 252000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 33521 | **$ 49200** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 399357** | **$ 623800** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 09455679670 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | CONSTANZA GARAVITO ANGEL | 2025-10-24 20:04:35 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-10-28 21:38:54 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | CONSTANZA GARAVITO ANGEL | 2025-10-29 15:41:57 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-10-29 15:55:46 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-10-29 21:38:09 |

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 53073711 | | GARAVITO ANGEL CONSTANZA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 33 # 22 - 12 f | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3138698283 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1856857691 | 9491988185 | I | 2025/10/03 | 2025/10/16 | BANCOLOMBIA | 13 | $623,800 |

**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)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $48,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $48,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $48,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 53073711 | GARAVITO CONSTANZA | 230301 | 30 | $2,000,000 | $320,000 | EPS005 | 30 | $2,000,000 | $250,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $2,000,000 | $48,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $48,800 | | $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 53073711 | | GARAVITO ANGEL CONSTANZA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 33 # 22 - 12 f | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3138698283 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1856857691 | 9491988185 | I | 2025/10/03 | 2025/10/16 | BANCOLOMBIA | 13 | $623,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $320,000 | $2,600 | $0 | $322,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $320,000 | $2,600 | $0 | $322,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $48,800 | $400 | $0 | $49,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $48,800 | $400 | $0 | $49,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $250,000 | $2,000 | $0 | $252,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $250,000 | $2,000 | $0 | $252,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$618,800** | **$5,000** | **$0** | **$623,800** |

Bancolombia

# Comprobante en línea

16 Oct 2025 11:49:48

Pago PSE

**Pago exitoso**

CUS 1856857691

Comercio
**APORTES EN LINEA**

Referencia 1
**191.107.40.59**

Fecha
**16 Oct 2025 11:49:48**

Referencia 2
**CC**

Número de factura
**9491988185**

Referencia 3
**53073711**

Descripción del pago
**Pago de la Planilla de aportes con clave: 9491988185**

Valor del Pago
**$623.800**

Número de comprobante
**TR1148267691**

Costo de la transacción
**$ 0**

Producto origen
**Ahorros - Bancolombia**
****** 9670**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 Contr…
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-4677-2025.zip | DOC CTO-4677-2025.zip | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ARL SURA53073711 CTO 4677-2025.pdf | ARL SURA53073711 CTO 4677-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | CUENTAMARZO 2025- CTO 4677 - 2025.pdf (Archivado) | CUENTAMARZO 2025- CTO 4677 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTAFEBRERO 2025- CTO 4677 - 2025.pdf | CUENTAFEBRERO 2025- CTO 4677 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTAMARZO 2025 CTO 4677-2025.pdf | CUENTAMARZO 2025 CTO 4677-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTAABRIL 2025 CTO 4677-2025.pdf | CUENTAABRIL 2025 CTO 4677-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTAMAYO 2025 CTO 4677-2025.pdf | CUENTAMAYO 2025 CTO 4677-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTAJUNIO 2025 CTO 4677-2025.pdf | CUENTAJUNIO 2025 CTO 4677-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTAJULIO 2025 CTO 4677-2025.pdf | CUENTAJULIO 2025 CTO 4677-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTAAGOSTO 2025 CTO 4677-2025.pdf | CUENTAAGOSTO 2025 CTO 4677-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTASEPTIEMBRE 2025 CTO 4677-2025.pdf | CUENTASEPTIEMBRE 2025 CTO 4677-2025.pdf | Comprador | 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:

## CONSTANZA GARAVITO ANGEL

**53073711**

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:

**8 de octubre 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