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:	MARIA ALEJANDRA MUÑOZ GARCIA		**Número de Documento:**	1022981987	
Correo Electrónico:	malemuga9212@gmail.com		**Número Telefónico:**	3118931254	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7586-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

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	16200	$2980800	103.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2980800**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	OCTUBRE	$ 2980800	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5961600	**$ 5961600**	**$ 2980800**	**$ 2980800**

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad	-Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extramurales	- Formato SIS 150
2	Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte3. Realizar procedimiento de vacunación teniendo en cuenta los 10 correctos para el proceso de administración verificando antecedentes vacunales y evitando errores programáticos en el momento de la administración.	-Actualización y registro con calidad de los usuarios vacunados en el seguimiento telefónico realizado por cohortes según observador de la profesional extramural	- Aplicativo PAI en el módulo de cohorte
3	Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.	-Diligenciamiento adecuado y con calidad del formatos según la estrategia punto viajero (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de la jornada.	- registro diario vacunados físico y /o digital)
4	Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización.	- dar cumplimiento a las actividades segun cronograma diario.	-Asistencia y participación en las actividades programadas.
5	Revisar y consoliDar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS, localidad y Subred, verificando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas validado por el equipo de sistemas de información.	- No aplica para el mes actual	- No aplica para el mes actual
6	Registrar en físico o digital, según programación, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio.	- No aplica para el mes actual	- No aplica para el mes actual
7	Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred	- No aplica para el mes actual	- No aplica para el mes actual
8	Realizar las entregas y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos a las IPS públicas y privadas, garantizando las condiciones técnicas y logísticas para la adecuada entrega de los mismos.	- No aplica para el mes actual	- No aplica para el mes actual
9	Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS.	-Asistir a reuniones convocadas por la SDS	- Firma acta de asistencia
10	Consolidar y hacer seguimiento al reporte de control de fechas de vencimiento de medicamentos inmunobiológicos por fabricación, ventana de uso y/o disponibilidad en el Programa Permanente y Covid-19 de la Subred.	- No aplica para el mes actual	- No aplica para el mes actual

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Realizar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS	- No aplica para el mes actual	- No aplica para el mes actual
12	Realizar seguimiento a la operación de los vehículos para la entrega de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos.	- No aplica para el mes actual	- No aplica para el mes actual
13	Realizar el 100% de arqueos a la modalidad de extramural de la Subred y a las IPS que presenten diferencias en los arqueos reportados por el profesional intramural.	- No aplica para el mes actual	- No aplica para el mes actual
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Dar cumplimiento a las actividades brindadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplaneación diaria.	-Asistencia y participación en las actividades del día.

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	$ 2843418
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1075600990	-		
2025	**SEPTIEMBRE**	**2025**	**10**	**10**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHOPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1376050	$ 220168	**$ 227800**
Salud		SÁNITAS		$ 172006	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 33521	**$ 34700**
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 399357**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870444835

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA ALEJANDRA MUÑOZ GARCIA	2025-10-22 18:27:42
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-10-25 15:13:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-10-27 16:13:31
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-11-18 12:42:39

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-22, 05:57:45 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1075600990

Periodo Cotización: septiembre de 2025 | Periodo Servicio: septiembre de 2025 | Referencia pago 8837540770

PAGADA 10/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ALEJANDRA MUNOZ GARCIA		
Documento	CC1022981987	Dirección	CL 81 #2 - 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3118931254
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022981987	MARIA ALEJANDRA MUÑOZ GARCIA	59	0																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$1,423,500	$227,800	(EPS005) EPS SANITAS	$1,423,500	$178,000	2.436	$1,423,500	$34,700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$1,423,500	$28,500	$0	$0	$0	$0	$469,000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$227,800	$178,000	$34,700	$28,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$469,000	$0	$469,000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

TRANSACCIÓN APROBADA

Comprobante de la transacción 8837540770-202509-1052097

Referencia / PIN

8837540770

Periodo de cotización

202509

Numero aprobación (CUS)

1842285982

Banco

BANCO DAVIVIENDA

Valor pagado

$ 469.000

Fecha de pago

2025-10-10 07:49:21.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

NUEVO PAGO

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

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		
☐	CUENTA DE COBRO MES DICIEMBRE ALEJANDRA MUÑOZ.pdf	CUENTA DE COBRO MES DICIEMBRE ALEJANDRA MUÑOZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2025 CTO 1490-2025.pdf	CUENTA ENERO 2025 CTO 1490-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1490-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 1490-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025 CTO 1490-2025..pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 1490-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2025 CTO 1490-2025.pdf	CUENTA ABRIL 2025 CTO 1490-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2025 CTO 1490-2025.pdf.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 1490-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2025 CTO 1490-2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 1490-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2025 CTO 1490-2025.pdf	CUENTA JULIO 2025 CTO 1490-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2025 CTO 1490-2025.pdf	CUENTA AGOSTO 2025 CTO 1490-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2025 CTO 1490-2025.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2025 CTO 1490-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >