| | | |
|---|---|---|
| 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:** | BLANCA LILIA BARBOSA VELANDIA | | **Número de Documento:** | 52198056 | |
| **Correo Electrónico:** | blancab7701@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3208487993 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 7568-2025 | **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 | Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida. | Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida. |
| 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. | Asistencia y participación en cada una de las concentraciones proyectadas según micro plantación. | Formato SIS 150 |
| 3 | Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros. | indagar por menores faltantes por vacuna o cualquier otro programa de acuerdo al ciclo de vida | Se Genera canalizar con solicitud especifica. |
| 4 | Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización. | Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extra mural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extra murales | Formato SIS 150. |
| 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. | Brindar la información correcta y adecuada a los padres del menor con recomendaciones para cuidados posvacunales de acuerdo a cada biológico | Brindar la información correcta y adecuada a los padres del menor con recomendaciones para cuidados posvacunales de acuerdo a cada biológico |
| 6 | Registrar en físico o digital, según programación, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio. | Entrega oportuna de los registros diarios tales como: SIS 150 , formatos casa casa o cualquier otro que e requiera para el proceso | Formatos diligenciados |
| 7 | Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred | Formatos diligenciados | Formato SIS 150 formatos casa casa y canalizacion |
| 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. | Hacer entrega diaria de soportes con calidad y veracidad de la informacion requerida para el proceso | Hacer entrega diaria de soportes con calidad y veracidad de la informacion requerida para el proceso |
| 9 | Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS. | Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas | Carpetas con formatos debidamente organizados y foliados según protocolo de gestión documental |
| 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 este mes | No aplica para este mes |

| 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 este mes | No aplica para este mes |
| 12 | Realizar seguimiento a la operación de los vehículos para la entrega de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. | No aplica para este mes | No aplica para este mes |
| 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 este mes | No aplica para este mes |
| 14 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | Asistencia y participación en cada una delas reuniones solicitadas por la subred sur | Actas de participación y 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1075599985 | - | | $ 2677782 |
| 2025 | SEPTIEMBRE | 2025 | 10 | 10 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOSPESOS | | | |

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

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DE BOGOTÁ | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 437259633 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | BLANCA LILIA BARBOSA VELANDIA | 2025-10-22 18:48:30 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-10-25 15:29:23 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-10-27 15:41:59 |
| 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 12:41:06 |

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:** 2025-10-14, 04:08:56 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075599985

**Periodo Cotización:** septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8801032030

## PAGADO 10/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | BLANCA LILIA BARBOSA VELANDIA | | |
| **Documento** | CC52198056 | **Dirección** | CALLE 107 5 45 SUR SUCRE |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7645314 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del 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 APP | Días EPS | Días ARP | 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 52198056 | BLANCA LILIA BARBOSA VELANDIA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

### 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 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 0 | $ 440.500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

# TRANSACCIÓN APROBADA

## Comprobante de la transacción 8801032030-202509-1054368

**Referencia / PIN**

8801032030

**Periodo de cotización**

202509

**Numero aprobación (CUS)**

1843760001

**Banco**

BANCO DE BOGOTA

**Valor pagado**

$ 440.500

**Fecha de pago**

2025-10-10 16:15:03.0

**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

# 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | DICIEMBRE 2024 Informe de Actividades Número 260361.pdf | DICIEMBRE 2024 Informe de Actividades Número 260361.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ENERO Informe de Actividades Número 265812.pdf.crdownload | ENERO Informe de Actividades Número 265812.pdf.crdownload | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | FEBRERO CTO 1526-2025.pdf | FEBRERO CTO 1526-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO CTO 1526-2025.pdf | MARZO CTO 1526-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL CTO 1526-2025.pdf | ABRIL CTO 1526-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO CTO 1526-2025.pdf | MAYO CTO 1526-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO CTO 1526-2025.pdf | JUNIO CTO 1526-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO CTO 1526-2025.pdf | JULIO CTO 1526-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO CTO 1526-2025.pdf | AGOSTO CTO 1526-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE CTO 1526-2025.pdf | SEPTIEMBRE CTO 1526-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >