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:**	2025-10-03	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	SELENY PUERTA MARIN		**Número de Documento:**	52729073	
Correo Electrónico:	selepuerta1981@gmail.com		**Número Telefónico:**	3115524069	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7580-2025	**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	$2980800	107.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2980800**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-03	**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**

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	Llevar a cabo esta tarea de manera efectiva, es importante mantener actualizado un calendario detallado con las fechas de las vacunaciones programadas, verificar la disponibilidad de las vacunas necesarias, coordinar con los equipos de salud para la logística de distribución y aplicación de las vacunas, y monitorear constantemente el progreso y los resultados obtenidos.	presentar informes detallados que muestren el cumplimiento de las metas establecidas, el registro de las vacunas aplicadas
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.	Registro detallado del sis en terreno, con previa verificacion en los aplicativos, como pai distrital o pai web.	Formato sis
3	Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.	Registro detallado del sis en terreno, con previa verificacion en los aplicativos, como pai distrital o pai web.	Formato sis
4	Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización.	Correcto diligienciamiento de mapas de la zona, formularios de censo, dispositivos de registro, identificar correctamente las areas, para la recopilacion de datos y visita de cada vivienda, por ultimo verificar calidad del dato ingresado y corregir posibles errores	Formatos completos con evidencia del trabajo realizado.
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.	Correcto diligenciamiento de los formatos dados como actas y SIS teniendo en cuenta la calidad del dato y corregir posibles errores	Formatos completos con evidencia del trabajo realizado.
6	Registrar en físico o digital, según programación, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio.	Correcto diligenciamiento de formatos dados, para la previa informacion del usuario, con sus datos personales teniendo en cuenta la calidad del dato y corrigiendo posibles errores	Formatos completos con evidencia del trabajo realizado.
7	Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred	Correcto agendamiento de usuarios para su respectiva vacuna y respectivo diligenciamiento en bases de datos.	Evidencias en bases de datos de agendamiento
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.	Correcto diligenciamiento de bases de hojas de temperatura para su respectiva valoracion por la encargada profesional	Formato Hoja de temperatura
9	Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS.	Llevar a cabo esta tarea con profesional encargado con su respectiva valoracion.	Informes debidamente diligenciados del respectivo informe de vacunacion.
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	Asistir a la reuniones convocadas.	Formato de asistencia debidamente diligenciado.

© Siasur - 2025

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	8638454790	-		$ 2677782
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	17				
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	$ 1328600	$ 212576	**$ 227800**
Salud		ALIANSALUD		$ 166075	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 32365	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 385586**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488423010682

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SELENY PUERTA MARIN	2025-10-22 19:06:16
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-10-25 14:17:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-10-27 15:50:44
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 12:41:22

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

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	SELENY PUERTA MARIN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-52729073
SUCURSAL	001
FECHA PAGO	2025-10-17
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-52729073
NOMBRE EMPLEADO	SELENY PUERTA MARIN
EPS	ALIANSALUD EPS S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	8638454790
REFERENCIA PAGO(PIN)	8625359156
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2025-09
PERÍODO SALUD	2025-09
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3861001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.423.500	0,1600000	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.423.500	0,1250000	$ 178.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.423.500	0,0243600	$ 34.700	900958564

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 440.500

Scotiabank

COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA
Puntored no te cobra por esta transacción
Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	16/10/2025
Hora	17:58:46
Terminal	349195
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
Cod. Convenio	0407
Referencia	8625359156
Valor	$440,500
Transaccion	001267301478
Usuario	EFREIDER ALVARADO PINILLA

Línea de atención
personalizada en Bogotá:
601 3487877 Resto del País: 01
8000 960 505
Aquí también puede pagar su tarjeta de
credito y creditos de consumo
del Banco
Scotiabank Colpatria
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA
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 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 CTO 1527-2025.pdf	DICIEMBRE CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO CTO 1527-2025.pdf	ENERO CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO CTO 1527-2025.pdf	FEBRERO CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO CTO 1527-2025.pdf	MARZO CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL CTO 1527-2025.pdf	ABRIL CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO CTO 1527-2025.pdf	MAYO CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO CTO 1527-2025.pdf	JUNIO CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO CTO 1527-2025.pdf	JULIO CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO CTO 1527-2025.pdf	AGOSTO CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE CTO 1527-2025.pdf	SEPTIEMBRE CTO 1527-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >