

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS		

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-11-01	Hasta:	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	INGRID PAOLA MENA MENDIETA		Número de Documento:	1010212294	
Correo Electrónico:	paolamena9312@gmail.com		Número Telefónico:	3105009280	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	Código Grado:	- 237-15

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7293-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenecer:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	22800	\$4195200	100%
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
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-14	2026-01-09	1	\$ 4195200	1889
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		OCTUBRE		\$ 4195200	
2		NOVIEMBRE		\$ 4195200	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
----------------------------	--------------------------	------------------	--------------------

\$ 8390400		\$ 12585600	\$ 8390400	\$ 4195200
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Participar de la implementación de sesiones socioeducativas, con grupos, organizaciones y demás formas de expresión en los diferentes entornos y procesos al interior de la implementación del PSPIC. Realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, y Realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, sífilis y hepatitis B con resultado positivo.	-Se realiza un abordaje integral en 48 sesiones en la dimensión de salud sexual y reproductiva donde se brinda educación en hábitos de vida saludable en el adulto	-Listado de sesiones y drive	
2	Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.	-Se realiza un abordaje integral en 48 sesiones en la dimensión de salud sexual y reproductiva donde se brinda educación en hábitos de vida saludable en el adulto	-Listado de sesiones y drive	
3	Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios	-Se realizan canalizaciones, según necesidad de la comunidad para su abordaje integral	-Formato de canalización	
4	Realizar asesoría individual en hábitos de vida saludable, actividad física, alimentación saludable según criterios de tamización en talla, peso, medidas antropométricas y medidas tensionales	-Realización de 48 sesiones, entorno a salud sexual y reproductiva promoviendo espacios en educación en salud, promoviendo espacios participativos	-Drive, ficha metodológica y listado de sesiones colectivas	
5	Realizar acciones de promoción de la salud mental, la convivencia y la prevención de diferentes formas de violencia, promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos	-Realización de 48 sesiones, entorno a salud sexual y reproductiva promoviendo espacios en educación en salud, promoviendo espacios participativos	-Drive, ficha metodológica listado de sesiones colectivas	
6	Canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	- Retroalimentación de matriz de seguimiento familiar, reportes de seguimiento diarios, diligenciamiento de formatos establecidos desde nivel central y demás informes y tableros de control solicitados y establecidos desde la Subred Sur y Secretaria Distrital de Salud	-Drive, ficha metodológica listado de sesiones colectivas	
7	Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	- Retroalimentación de matriz de seguimiento familiar, reportes de seguimiento diarios, diligenciamiento de formatos establecidos desde nivel central y demás informes y tableros de control solicitados y establecidos desde la Subred Sur y Secretaria Distrital de Salud.	-Drive, ficha metodológica, diario de campo y listado de sesiones colectivas	
8	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-No aplica	-No aplica	
9	Presentar productos para precritica y preauditoria.	- Realizar gestión documental según corresponde a los productos realizados.	-Gestión documental	
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad.	-Listados de asistencia y demás soportes que se programan.	

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		\$ 4195200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9494769859	-			
2025	OCTUBRE	2025	11	18					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1678080	\$ 268493	\$ 268500	
Salud					SÁNTAS		\$ 209760	\$ 209800	
ARL				3	SURA		\$ 40878	\$ 40900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 487013	\$ 519200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	8300770677		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					INGRID PAOLA MENA MENDIETA			2025-11-26 11:05:53	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ			2025-11-26 15:12:58	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2025-11-27 16:52:08	
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			2025-12-10 12:40:49	

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.



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1010212294		MENA MENDIETA INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 65 #59-21 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7979355	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1934756653	9494769859	I	2025/11/26	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	\$552,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,678,080	\$268,500			\$1,678,080	\$209,800			\$1,650,848	\$33,100			\$1,678,080	\$40,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,678,080	\$268,500			\$1,678,080	\$209,800			\$1,650,848	\$33,100			\$1,678,080	\$40,900		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,678,080	\$268,500			\$1,678,080	\$209,800			\$1,650,848	\$33,100			\$1,678,080	\$40,900		\$0	\$0	
1	CC	1010212294	MENA INGRID	230201	30	\$1,678,080	\$268,500	EPS005	30	\$1,678,080	\$209,800	CCF22	30	\$1,650,848	\$33,100	14-11	30	\$1,678,080	\$40,900	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,678,080	\$268,500			\$1,678,080	\$209,800			\$1,650,848	\$33,100			\$1,678,080	\$40,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010212294		MENA MENIETA INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 65 #59-21 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7979355	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1934756653	9494769859	I	2025/11/26	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	\$552,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$268,500	\$0	\$0	\$268,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$268,500	\$0	\$0	\$268,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,900	\$0	\$0	\$40,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$40,900	\$0	\$0	\$40,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$33,100	\$0	\$0	\$33,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$33,100	\$0	\$0	\$33,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$209,800	\$0	\$0	\$209,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$209,800	\$0	\$0	\$209,800
TOTAL				1	\$552,300	\$0	\$0	\$552,300



[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

- 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

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-7293-2025.zip	DOC CTO-7293-2025.zip	Comprador	Descargar Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 7293 .pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 7293 .pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

