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:**	2025-11-01	**Hasta:**	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	GIOVANNY PALACIOS PALACIOS		**Número de Documento:**	1000378700	
Correo Electrónico:	giovannypalacios123@gmail.com		**Número Telefónico:**	3203381062	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6880-2025	**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	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	172	0	22800	$3921600	93.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3921600**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-11-27	2026-01-09	1	$ 5453760	1957

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 4195200
2	NOVIEMBRE	$ 3921600

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

© Siasur - 2025

$ 8390400	**$ 13844160**	**$ 8116800**	**$ 5727360**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	Realizar la valoración integral del estado funcional de las personas con discapacidad o limitación funcional, aplicando instrumentos como el WHODAS y Barthel.	Realice la evaluación integral del estado funcional de las personas con discapacidad o limitación funcional, aplicando instrumentos como el WHODAS y Barthel	aplicativo y planillas de firmas
2	Diseñar y concertar el Plan de Bienestar y participación familiar, definiendo prioridades y compromisos para mejorar la funcionalidad y autonomía.	-Diseñar y concertar el Plan de Bienestar y participación familiar	planillas de firma
3	Implementar y realizar el seguimiento al plan de cuidado, identificando avances, logros y dificultades en sesiones presenciales o telefónicas.	-Implementar y realizar el seguimiento al plan de cuidado	-planillas de firma
4	Orientar a la familia sobre el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, incluyendo estrategias de afrontamiento y adaptaciones ambientales.	-Orientar a la familia sobre el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, incluyendo estrategias de afrontamiento y adaptaciones ambientales.	-planillas de firma
5	Promover y guiar la elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad que fortalezcan la independencia de la persona con discapacidad.	-Promover y guiar la elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad que fortalecen la independencia de la persona con discapacidad.	-planillas de firma
6	Ejecutar la "Sesión para la Autonomía Cotidiana" en las Casas MAS Bienestar, orientada a mantener la funcionalidad, promover la independencia y favorecer la adaptación al entorno.	-Ejecutar la Sesión para la Autonomía Cotidiana en las Casas MAS Bienestar, orientada a mantener la funcionalidad, promover la independencia y favorecer la adaptación al entorno.	planilla de firmas
7	Fomentar el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y activar las rutas de atención social y sanitaria necesarias.	-Fomentar el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y activar las rutas de atención social y sanitaria necesarias.	planilla de firmas
8	Evaluar el cumplimiento del plan de cuidado al cierre del proceso y reaplicar los instrumentos de valoración para medir los cambios.	-Evaluar el cumplimiento del plan de cuidado al cierre del proceso y reaplicar los instrumentos de valoración para medir los cambios.	- mi planilla
9	Articular con el Agente de Cambio para facilitar la vinculación de las familias a redes de apoyo comunitarias.	-articular con el Agente de Cambio para facilitar la vinculación de las familias a redes de apoyo comunitarios.	-actas y planillas de firmas
10	Registrar todas las valoraciones, planes, seguimientos y cierres en el aplicativo GTAPS y demás herramientas dispuestas.	-Registra todas las valoraciones, planos, seguimientos y cierres en el aplicativo GTAPS y demás herramientas dispuestas.	-aplicativo gtaps
11	Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	-asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	-actas y formatos de asistencia
12	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales	- formato de firmas

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	91406562	-		
2025	OCTUBRE	2025	11	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1678080	$ 268493	**$ 270000**
Salud		SÁNITAS		$ 209760	**$ 211000**
ARL	3	SURA		$ 40878	**$ 41200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 487013**	**$ 522200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	16833919729

HISTÓRICO

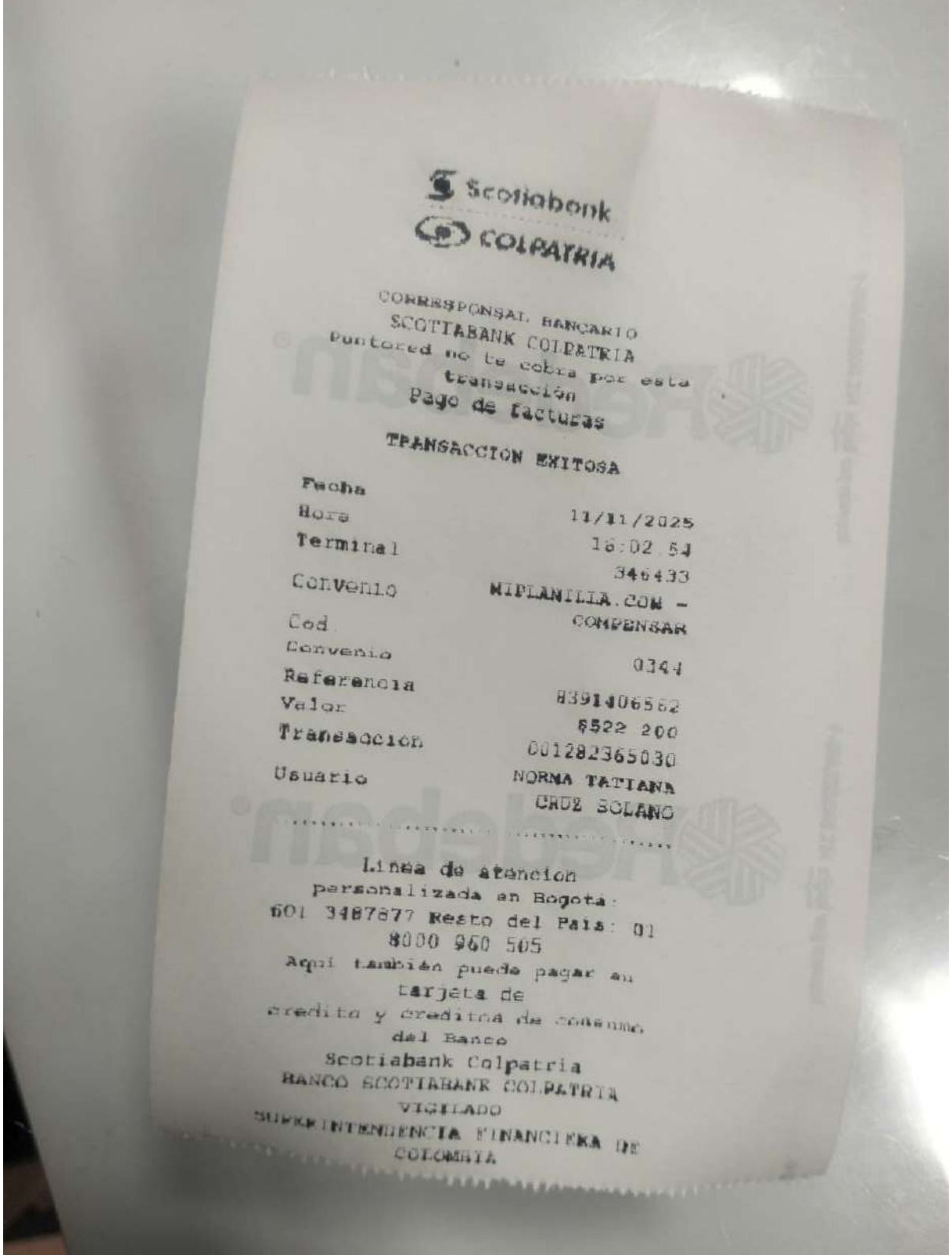
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GIOVANNY PALACIOS PALACIOS	2025-11-27 18:19:55
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-11-28 21:23:36
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GIOVANNY PALACIOS PALACIOS	2025-11-30 11:31:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-11-30 14:11:29
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-11-30 20:50:10
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 12:41:47

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

© Siasur - 2025



Scotiabank
COLPATRIA

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

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	
Hora	11/11/2025
Terminal	16:02 54
Convenio	346433
Cod	MIPLANILLA.COM -
Convenio	COMPENSAR
Referencia	0344
Valor	8391406562
Transaccion	$522 200
Usuario	001282365030
	NORMA TATIANA
	CRUZ SOLANO

Linea de atencion
personalizada en Bogota:
601 3487877 Resto del Pais: 01
8000 960 505
Aqui tambien puede pagar su
tarjeta de
credito y credito de consumo
del Banco
Scotiabank Colpatria
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): GIOVANNY PALACIOS PALACIOS
No. Identificación: CC1000378700
Dirección: CR 98 B#73 80 SUR TORRE 10 APA 502
Telefono: 8070293
Correo: giovannypalacios123@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91406562

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GIOVANNY PALACIOS PALACIOS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1000378700	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2025
Número de planilla	91406562	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2025
Fecha pago	2025-11-12	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	2090480	**Total Pagado**	522200
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	2400

PAGADA
91406562

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	41200	1
230301	Porvenir	270000	1
EPS005	Sanitas EPS	211000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1000378700
APELLIDOS Y NOMBRES: GIOVANNY PALACIOS PALACIOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1680000	1680000	1680000	0	210000	0	268800	0	41000	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

8:40

Editar

secop.gov.co

