

	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:	WENDI MELISA BOLAÑOS BERNAL		Número de Documento:	1023000606	
Correo Electrónico:	jcas.10.a@gmail.com		Número Telefónico:	3015807386	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7038-2025	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	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	\$3465600	80.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3465600	TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO 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	\$ 3577560	1957
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		OCTUBRE		\$ 2280000	
2		NOVIEMBRE		\$ 3465600	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8650400	\$ 12227960	\$ 5745600	\$ 6482360

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Caracterizar al individuo y su núcleo familiar mediante visitas domiciliarias y la aplicación sistemática de instrumentos de tamizaje (Zung, Hamilton, APGAR Familiar, COPE 28) para identificar riesgos, necesidades y capacidades en salud mental.	-Durante la visita domiciliaria, el personal de salud se presenta adecuadamente ante la familia, explicando el propósito de la visita y los objetivos de la caracterización en salud mental.	--Formato de firmas, registro del aplicativo
2	2. Realizar actividades individuales de resolutiveidad en salud, contempladas en el plan de beneficios en salud, a fin de articular acciones que garanticen integralidad y continuidad en la atención bajo los principios de concurrencia y complementariedad.	Durante la visita domiciliaria se realiza una entrevista y valoración clínica básica, incluyendo signos vitales, antecedentes, adherencia a tratamientos y síntomas actuales. Se identifican riesgos individuales en salud física y mental, se evalúa el uso adecuado de medicamentos y el cumplimiento de controles médicos, y se promueven hábitos saludables acordes al ciclo vital, como una adecuada nutrición, actividad física, descanso y manejo del estrés.	formato de firmas, registro del aplicativo
3	3. Construir, de manera participativa con el usuario y su familia, un Plan de Bienestar que establezca objetivos claros, acciones concretas y compromisos mutuos para gestionar los riesgos identificados y fortalecer los factores protectores.	-Durante la visita domiciliaria se explica a la familia el propósito y la importancia del Plan de Bienestar para mejorar la salud y la calidad de vida, promoviendo un diálogo participativo donde todos expresan sus necesidades y expectativas, y fomentando la corresponsabilidad al resaltar que el bienestar es un compromiso conjunto entre la familia y el equipo de salud.	-formato de firmas, registro del aplicativo
4	4. Realizar intervenciones breves, Primeros Auxilios Psicológicos, y facilitar espacios de escucha activa y contención emocional para estabilizar, orientar y fortalecer las capacidades de afrontamiento de las personas en situaciones de crisis o malestar.	-Durante la visita domiciliaria se observan y escuchan atentamente señales de angustia o malestar, se indaga de forma empática sobre la situación sin emitir juicios, se evalúa brevemente el nivel de riesgo (como ideación suicida, violencia o consumo de sustancias), y se validan las emociones brindando contención emocional para ayudar a la persona a recuperar la calma.	-Formato de firma, registro de aplicación
5	5. Aplicar metodologías específicas y estructuradas, como "Habilidades para la Vida" en adolescentes y la intervención "Enfrentando Problemas Plus (EP)" para personas cuidadoras, asegurando la fidelidad a los modelos originales.	-Se define el beneficiario (adolescentes, cuidadores de personas mayores, dependientes o con discapacidad), se planifican las sesiones adaptadas al hogar (duración, materiales y cronograma) asegurando un espacio tranquilo y participativo, y se aplican actividades de habilidades socioemocionales como autoconocimiento, manejo de emociones, toma de decisiones, comunicación asertiva y resolución de conflictos, utilizando dinámicas breves, juegos o ejemplos cotidianos para facilitar la participación.	-formato de firmas, registro del aplicativo
6	6. Brindar educación para la salud en temas prioritarios como pautas de crianza positiva, manejo del duelo, salud sexual para adolescentes y prevención del consumo de sustancias, adaptando los contenidos al curso de vida y contexto cultural.	-Durante la visita domiciliaria se orienta a padres y cuidadores sobre disciplina positiva, comunicación efectiva y resolución de conflictos, fortaleciendo los vínculos afectivos; se brinda contención emocional y estrategias saludables para el manejo del duelo; se educa a adolescentes sobre sexualidad responsable, anticoncepción y autocuidado; y se promueven la prevención del consumo de sustancias, fomentando habilidades de resistencia, manejo del estrés y actividades saludables en familia.	-formato de firmas, registro del aplicativo

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Gestionar con enfoque diferencial y prioritario los casos de poblaciones con alta vulnerabilidad, incluyendo víctimas de violencia, personas con conducta suicida, adolescentes en riesgo, personas cuidadoras y población privada de la libertad.	-Durante la visita domiciliaria se observan señales de violencia, maltrato o riesgo de suicidio, se aplican herramientas de tamizaje, se brinda escucha activa y contención emocional, incluyendo primeros auxilios psicológicos en crisis, se orienta sobre protección y afrontamiento, se canalizan casos críticos a servicios especializados y se realiza seguimiento adaptado a edad, género, discapacidad y contexto cultural.	-Formato de firmas, registro del aplicativo
8	8. Desarrollar intervenciones colectivas, como los "Círculos de Bienestar Emocional", para fomentar la cohesión social, fortalecer las redes de apoyo y promover la salud mental comunitaria.	-Se inicia con una presentación y normas de respeto, se promueven espacios de escucha activa para compartir experiencias, se facilitan dinámicas grupales para fortalecer relaciones y cohesión social, se introducen ejercicios de autocuidado y manejo de emociones, y se identifican recursos comunitarios, fomentando colaboración y compromisos colectivos de seguimiento y apoyo emocional.	-Formato de firmas, registro del aplicativo
9	9. Realizar un seguimiento continuo y sistemático a la evolución de los casos y al cumplimiento del Plan de Bienestar, a través de sesiones presenciales o virtuales, para evaluar el progreso y ajustar las intervenciones.	-Durante la visita domiciliaria, conversar con los miembros del hogar para identificar signos de estrés, ansiedad o depresión, ofreciendo acompañamiento emocional y motivación para que continúen con el Plan de Bienestar, y, al mismo tiempo, orientarse sobre recursos de apoyo social, psicológico o comunitario disponibles, asegurando que cuenten con herramientas y vías de ayuda en caso de necesitar apoyo adicional.	-Formato de firmas, registro del aplicativo
10	10. Activar y gestionar oportunamente las rutas de atención sectoriales e intersectoriales para asegurar el acceso de los usuarios a servicios complementarios de salud, protección, justicia o inclusión social.	-Durante la visita domiciliaria, identificar necesidades de salud, protección, educación, inclusión social o asistencia legal, así como factores de riesgo en el hogar, registrando la información de manera confidencial y orientando a la familia sobre los servicios disponibles, cómo acceder a ellos y los requisitos necesarios.	-Formato de firmas, registro del aplicativo
11	11. Registrar de forma obligatoria, oportuna y con alta calidad toda valoración, plan, intervención y seguimiento en la historia clínica y los aplicativos institucionales designados (principalmente GTAPS) para asegurar la trazabilidad de la gestión.	-Registrar en la visita domiciliaria todas las recomendaciones y acciones del Plan de Bienestar o de atención individual/familiar, incluyendo actividades educativas, promoción de salud, apoyo emocional, motivación y cualquier indicación de derivación o coordinación con otros servicios.	-Formato de firmas, registro del aplicativo
12	12. 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 reuniones, comités y espacios convocados por la SDS o la Subred, presentando información sobre el estado de los casos y la evolución de los Planes de Bienestar, y participando activamente en la discusión de estrategias de atención, protocolos y rutas de derivación.	-Formato de firmas, registro del aplicativo
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Motivar a los miembros del hogar a cumplir las metas del Plan de Bienestar, acompañarlos en la implementación de cambios de hábitos saludables y documentar los avances y dificultades en los aplicativos institucionales.	-Formato de firma, registro del aplicativo

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		\$ 2280000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91822322	-			
2025	OCTUBRE	2025	11	28					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 272400	
Salud					SÁNITAS		\$ 177938	\$ 212900	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 41500	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 526800	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO FINANDINA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	9902183775		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					WENDI MELISA BOLAÑOS BERNAL			2025-12-01 18:49:05	
RECHAZADO SUPERVISOR					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA			2025-12-01 21:51:11	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					WENDI MELISA BOLAÑOS BERNAL			2025-12-02 11:29:04	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA			2025-12-02 11:47:04	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2025-12-02 16:35:31	
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			2025-12-10 12:42:20	

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.

[Firma manuscrita]

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1023000606	WENDI MELISA BOLAÑOS BERNAL		Calle 41 b sur # 79 18	7686028	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	28/11/2025	91822322	TOTAL A PAGAR \$555.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	209.800	0		0		0	23	3.100	0	212.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	268.500	0	0	0	0	23	3.900	0	272.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	40.900				40.900	23	600	41.500			409	41.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	23	500	29.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	23	0	0	0
ICBF				
0	23	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	209.800	212.900
Pensión	1	268.500	272.400
Riesgos Laborales	1	40.900	41.500
CCF	1	28.500	29.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	547.700	555.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023000606	WENDI MELISA BOLAÑOS BERNAL		Calle 41 b sur # 79 18	7686028	jas.10.a@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	28/11/2025	91822322	\$555.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023000606	BOLAÑOS BERNAL WENDI MELISA	59	0		N	C								X									230301	1.678.000	268.500	0	0	0	0	EPS005	1.678.000	209.800	14-11	1.678.000	3	40.900	CCF22	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0	

PAGADA



PSE - Transacción Aprobada

CUS 1962972354 Recibidos



serviciopse 28 de nov.
para mí ▾



¡Hola, wendi melisa bolaños bernal!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 555.800
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 28/11/2025
CUS: 1962972354
Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

LABORAL



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial



Responder



Reenviar



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

Cancelar

<

Evaluación del comprador

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

☐ Si ☒ 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-7038-2025.zip	DOC-CTO-7038-2025.zip	Comprador	Descargar Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 7038-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 7038-2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
			<div>Eliminar seleccionado</div>	<div>Subir nuevo</div>
<div>Cancelar</div>			<div><div><</div><div>Evaluación del comprador</div><div>></div></div>	