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:	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ		**Número de Documento:**	39582363	
Correo Electrónico:	marcelaleal2207@gmail.com		**Número Telefónico:**	3165524751	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7403-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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	29800	$5483200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5483200**	**CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-03		**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	$ 5483200	1889

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 5483200
2	NOVIEMBRE	$ 5483200

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

© Siasur - 2025

$ 10966400	**$ 16449600**	**$ 10966400**	**$ 5483200**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	Realizar la Construcción del plan de acción de los programas de prevención y control de TB y Hansen.	Se realiza seguimiento al plan de acción y envió a la SDS	correo del envió del seguimiento al plan de acción
2	Participar en asistencias técnicas del programa de prevención y control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel central.	Se participa a las asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel Central.	Acta y listado de asistencia
3	Brindar Fortalecimiento de capacidades a talento humano en salud, enfatizando las instituciones con dificultades en la atención integral de pacientes con TB y Hansen.	Se realiza fortalecimiento de capacidades a talento humano en salud en la atención integral de pacientes con TB y Hansen.	Actas y listados de asistencia
4	Realizar proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen.	Se realiza proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen	Acta y listado de asistencia
5	Generar acciones sectoriales e intersectoriales para la conmemoración del día mundial de la Tuberculosis y Lepra, así como, participar en aquellas convocadas desde el nivel central.	-No se ejecuta para este periodo	-No se ejecuta para este periodo
6	Realizar la solicitud mensual de medicamentos para la Subred, a la Secretaría Distrital de Salud.	-Se realiza solicitud mensual de medicamentos para la Subred a la Secretaría Distrital de Salud.	-Formatos establecidos para la solicitud y envió por correo
7	Realizar Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible, farmacorresistente y Hansen, con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA),	Se realiza Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible farmacorresistente y Hansen con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA	Acta y listado de asistencia
8	Hacer Revisión de los libros de la subred cargados en el drive dispuesto por la Secretaría Distrital de Salud.	Se realiza revisión de los libros de la subred cargados en el drive dispuesto por la Secretaría Distrital de Salud.	Libros de la subred cargados en el drive
9	Generar Reporte al nivel distrital de los informes solicitados en los formatos que corresponden, con calidad, veracidad, oportunidad y concordancia.	- Se realiza reporte mensual al nivel distrital de los informes solicitados en los formatos establecidos.	-Informes reportados al correo de SDS
10	Realizar auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen.	Se realiza proceso de auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen	Acta y listado de asistencia
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Comité Distrital Tuberculosis y Hansen Reunión mensual del equipo GIPEPB convocada por la Líder Asistencia Técnica SDS Participación comité de evaluación casos especiales Hansen	Correos listado de asistencia y actas

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	$ 5483200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91412827	-		
2025	OCTUBRE	2025	11	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2193280	$ 350925	**$ 351100**
Salud		NUEVA EPS		$ 274160	**$ 274300**
ARL	3	SURA		$ 53428	**$ 53500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 636534**	**$ 678900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	34148741869

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	2025-11-24 21:58:05
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-11-25 10:13:48
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-11-27 13:11:33
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 12:40:25

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@gmail.com	
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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91412827	$678.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	274.300	0		0		0	0	0	0	274.300	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	351.100	0	0	0	0	0	0		351.100	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	53.500				53.500	0	0	53.500			535	53.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	274.300	274.300
Pensión	1	351.100	351.100
Riesgos Laborales	1	53.500	53.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	678.900	678.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ		KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@gmail.com	
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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91412827	$678.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	39582363	LEAL GOMEZ ADRIANA MARCELA	59	0			N																	230301	2.194.000	351.100	0	0	0	0	EPS037	2.194.000	274.300	14-11	2.194.000	3	53.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bancolombia

Comprobante en línea

11 Nov 2025 21:59:08

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1922484072

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1

Fecha
11 Nov 2025 21:59:08

Referencia 2
CC

Número de factura
91412827

Referencia 3
39582363

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$678.900

Número de comprobante
TR2157544072

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1869**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aumentar el contraste

UTC -5 21:34:27
ADRIANA MARCELA L...

Configuraciones del usuario
ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ
CAT: 0114218

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

24 Nov, 2025(UTC -5) 21:34:27

Salir

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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 | < | Evalua

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		
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 7403-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 7403-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < | Evaluación de la Entidad Estatal | >