| | | |
|---|---|---|
| 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:** | MARTHA JOHANA OLARTE DIAZ | | **Número de Documento:** | 1022929658 | |
| **Correo Electrónico:** | mjolarted@unal.edu.co | | **Número Telefónico:** | 3045552804 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO | **Cargo:** | ENFERMERO | **Código - Grado:** | 243-20 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 7460-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1678 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K32PI | 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 | Realizar investigaciones epidemiológicas de campo (iec) de eventos de interés en salud pública. | -SE REALIZAN 26 IEC A LOS CASOS PRIORIZADOS EN LA NOTIFICACION DE SISVESO SE PROYECTAN 35 AL FINALIZAR EL MES A LOS CASOS PRIORIZADOS EN LA NOTIFICACION DE SISVESO. | -FORMATO DIGITAL DE IEC |
| 2 | Registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad. | -SE REGISTRAN LOS CASOS DE LOS USUARIOS QUE PRESENTEN RIESGO EN SALUD EN EL FORMATO DIGITAL DE IEC CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD. | -FORMATO DIGITAL DE IEC SISVESO LISTADO DE ASISTENCIA |
| 3 | Identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad. | -SE IDENTIFICAN LOS RIESGOS EN LOS NIÑOS ADOLESCENTES Y GESTANTES QUE PRESENTAN ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR COMPONENTE CARIADO Y SANGRADO ASI COMO SU ENTORNO PARA POSTERIOR REGISTRO EN EL FORMATO DE IEC. | -FORMATO DE IEC SISVESO Y LISTADO DE ASISTENCIA |
| 4 | Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad. | -SE REALIZA CANALIZACIÓN A LOS CASOS INTERVENIDOS QUE LO REQUIERAN 10 CANALIZACIONES EN LAS TRES LOCALIDADES Y REGISTROS EN EL DRIVE DE BARRERAS DE ACCESO. SE PROYECTAN 5 CANALIZACIONES MÁS APROXIMADAMENTE AL FINALIZAR EL MES. | -FORMATO DIGITAL DE CANALIZACIÓN DRIVE DE BARRERAS DE ACCESO |
| 5 | Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato y productos a la Secretaria Distrital de Salud. | -NO SE DESARROLLA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO. | -NO SE DESARROLLA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO. |
| 6 | Realizar cruces de información para la verificación de los eventos abordados en la IEC de cada variable. | -SE VERIFICAN LOS DATOS DEL USUARIO ABORDADO EN LOS DIFERENTES APLICATIVOS COMO COMPROBADOR DE DERECHOS PAI GEOREFERENCIADOR. | -FORMATO DIGITAL DE IEC DE SISVESO |
| 7 | Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad. | - ASISTENCIA A ULC VIRTUAL Y TRASLADO A LARDIN BOTANICO EL DIA 07/11/2025 | -LISTADO DE ASISTENCIA |
| 8 | Realizar acompañamiento técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras UI y UPGD | -NO SE DESARROLLA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO | -NO SE DESARROLLA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO |
| 9 | Realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur. | -SE SUBEN 14 IEC AL DRIVE Y POSTERIOR SE REALIZA CONCORDANCIA DE 14 IEC EL DÍA 20/11/2025SE PROYECTA REALIZAR LA CONCORDANCIA DE LAS RESTANTES PARA EL DIA 04/12/2025. | --IEC Y BASE DE IEC ACTA Y LISTADO. |
| 10 | Realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente. | -NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO | -NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 11 | Asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E | -NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO | -NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO |
| 12 | Participar de las actividades asignadas por la GSP-PSPIC | - NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO | - NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO |
| 13 | Hacer uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud | --SE HACE USO DE LOS RECURSOS ASIGNADOS POR LA SUBRED SUR PARA EL DESARROLLO ADECUADO DE LAS IEC,LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y DEMAS ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO ADECUADO PARA LA OPERACION DE LA VIGILACIA. | - IEC |
| 14 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO | -NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO |

## 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 | 91071870 | - | | |
| 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 | PROTECCIÓN | $ 1678080 | $ 268493 | **$ 268500** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 209760 | **$ 209800** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 40878 | **$ 40900** |
| Caja de Compensación | SI | COMPENSAR | **Total** | **$ 487013** | **$ 519200** |

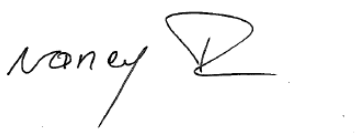
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DE BOGOTÁ | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 75531673 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARTHA JOHANA OLARTE DIAZ | 2025-11-25 07:50:50 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO | 2025-11-26 14:37:29 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-11-27 17:36:54 |
| 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 12:42:15 |

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.



**NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO**
**ENFERMERO**

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 | 1022929658 | MARTHA JOHANA OLARTE DIAZ | DG 68a sur 14 r 35 torre 2 apto 102 | 5552804 | mjolarted@unal.edu.co | |
| 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 | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 11/12/2025 | 91880868 | $552.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 209.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 209.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 268.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 268.500 | 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 | 0 | 0 | 40.900 | | | 409 | 40.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 33.600 | 0 | 0 | 33.600 | 1 |

**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 | 209.800 | 209.800 |
| Pensión | 1 | 268.500 | 268.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 40.900 | 40.900 |
| CCF | 1 | 33.600 | 33.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 552.800 | 552.800 |

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 | 1022929658 | MARTHA JOHANA OLARTE DIAZ | | DG 68a sur 14 r 35 torre 2 apto 102 | 5552804 | mjolarted@unal.edu.co | |
| 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 | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 11/12/2025 | 91880868 | $552.800 | |

## 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 | Economiado | 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 | 1022929658 | OLARTE DIAZ MARTHA JOHANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.678.080 | 268.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.678.080 | 209.800 | 14-11 | 1.678.080 | 3 | 40.900 | CCF24 | 1.678.080 | 33.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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 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-7460-2025.zip | DOC-CTO-7460-2025.zip | Comprador | Descargar | Detalle |
| | DOC-CTO-7460-2025.zip (Archivado) | DOC-CTO-7460-2025.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA_OCTUBRE_CTO_7460-2025.pdf | CUENTA_OCTUBRE_CTO_7460-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >