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:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA		**Número de Documento:**	1019119386	
Correo Electrónico:	andrea_152431_rios@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3115290282	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8634-2025	**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	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		2025-11-21		**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	$ 9648960	1957
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		NOVIEMBRE		$ 706800	

© Siasur - 2026

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1538240	**$ 11187200**	**$ 706800**	**$ 10480400**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la caracterización de la condición de salud oral de los miembros del núcleo familiar, especialmente en los grupos priorizados (gestantes, menores de 5 años, pacientes crónicos).	-Se realizan visitas de caracterización y/o actualización de los grupos familiares priorizados, se realiza identificación de riesgos de salud oral y gestión de alertas acordes a las necesidades identificadas, acciones promocionales con enfoque en salud oral, realizando la captura de la información en los formatos y sistemas de información establecidos de SDS.	-Formato de Plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS
2	Aplicar el tamizaje de placa bacteriana (Índice de O'Leary) al caso índice y clasificar la calidad del cepillado en los demás integrantes de la familia.	-Se realiza aplicación de gotas reveladoras sobre la superficie dental del usuario índice (tamizaje O'Leary) y se realiza clasificación de cepillado dental a los demás integrantes de la familia.	-Aplicativo GTAPS.
3	Levantar el odontograma, registrar los hallazgos en la historia clínica del paciente y derivar al tratamiento de salud oral pertinente.	-NO APLICA	-NO APLICA
4	Desarrollar procesos de educación y comunicación en salud oral con la familia, abordando temas acordes a cada momento del curso de vida.	-Realizar acciones educativas de promoción y prevención en salud oral a las familias priorizadas por SDS	-Formato de plan cuidado familia y aplicativo GTAPS
5	Concertar con la familia un Plan de Bienestar que incluya compromisos sobre prácticas de cuidado, higiene bucodental, alimentación saludable y uso de servicios odontológicos.	-Acercamiento a la familia para concertar el plan y cuidado de bienestar y compromisos incluyendo prácticas de cuidado, higiene bucodental, alimentación saludable y asistencia a servicio odontológico.	-Archivo plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados.
6	Implementar el Plan de Bienestar, gestionando y derivando la activación de rutas de atención individual para el grupo familiar.	-Realizar acciones de implementación y seguimiento del plan de bienestar con la familia.	-Formato de canalización y ficha de notificación
7	Realizar visitas de seguimiento domiciliarias para verificar las acciones concertadas en el plan familiar y la evolución de la calidad del cepillado.	-Seguimientos mensuales del plan de bienestar a la familia.	-Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS.
8	Realizar la sesión de cierre a los 6 meses, reforzando aprendizajes y realizando el seguimiento final al índice de O'Leary.	-Realizar cierre y evaluación del plan de bienestar y cumplimiento de compromisos con las familias priorizadas abordadas de SDS y aplicación final de tamizaje O'Leary al usuario índice generando resultado y avance final.	-Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS.
9	Registrar todas las atenciones y seguimientos en la historia clínica y en los formatos de calidad de cepillado y GTAPS.	-Diligenciamiento de formatos y aplicativos correspondientes al proceso.	- Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS.
10	Activar la atención del servicio odontológico general o especializado según lo requiera el paciente durante el seguimiento.	-Realizar activaciones de ruta según la necesidad identificada en los miembros de la familia.	- Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS y reporte de canalizaciones de ruta.

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 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 técnicosm precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	-Listados de asistencia y actas pertinentes a la actividad.
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.	-Listado de asistencia y actas pertinentes a la actividad.

© Siasur - 2026

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**	$ 706800
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9496270869	-		
2026	**NOVIEMBRE**	**2025**	**12**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**SETECIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 282720	$ 45235	**$ 76000**
Salud					NUEVA EPS		$ 35340	**$ 59400**
ARL				3	SURA		$ 6887	**$ 11600**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 82051**	**$ 147000**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550457200195800

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA	2025-12-11 12:55:38
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-12-13 15:51:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-12-15 13:50:26

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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
CC 1019119386		RIOS QUINTANA ANDREA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 101 vis a numero 156 c 26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115290282	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2025-11	2025-11	1998278607	9496270869	I	2025/12/19	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$147,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$474,500	$76,000			$474,500	$59,400			$0	$0			$474,500	$11,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$474,500	$76,000			$474,500	$59,400			$0	$0			$474,500	$11,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$474,500	$76,000			$474,500	$59,400			$0	$0			$474,500	$11,600		$0	$0
1	CC 1019119386	RIOS ANDREA	230301	10	$474,500	$76,000	EPS037	10	$474,500	$59,400		0	$0	$0	14-11	10	$474,500	$11,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$474,500	$76,000			$474,500	$59,400			$0	$0			$474,500	$11,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019119386		RIOS QUINTANA ANDREA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 101 vis a numero 156 c 26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115290282	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1998278607	9496270869	I	2025/12/19	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$147,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$76,000	$0	$0	$76,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$76,000	$0	$0	$76,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$0	$0	$11,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$11,600	$0	$0	$11,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$59,400	$0	$0	$59,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$59,400	$0	$0	$59,400
TOTAL				1	$147,000	$0	$0	$147,000

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1019119386** y es titular de la cuenta terminada en ***5800** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
10/12/2025	$ 147.000,00	APORTES EN LINEA	1998278607	98278607

Se expide en Bogotá, el 11-12-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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		
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 8634-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 8634-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >