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:	EVELIA CASTAÑEDA MONTAÑA		**Número de Documento:**	39672736	
Correo Electrónico:	EVELINCASTA75@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3125738090	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6909-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1675
Perfil:	TECNICO 1-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	16200	$2980800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2980800**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS 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	2025-11-27	2026-01-09	1	$ 3875040	1957

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 2980800
2	NOVIEMBRE	$ 2980800

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

© Siasur - 2026

$ 5961600	**$ 9836640**	**$ 5961600**	**$ 3875040**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	Brindar apoyo en actividades de autocuidado a las personas mayores identificadas en situación de soledad social.	-Realizar la toma de signos vitales a los pacientes asignados, siguiendo los protocolos institucionales de bioseguridad, registrando los valores de manera clara y oportuna en la historia clínica, e informando inmediatamente cualquier hallazgo fuera de los rangos normales al profesional de enfermería responsable.	-Registro completo y actualizado de signos vitales en la nota de enfermería , con valores precisos, legibles y dentro del tiempo establecido, que permita al equipo de salud tomar decisiones de atención seguras y basadas en información confiable.
2	Realizar acompañamiento en visitas domiciliarias como parte del equipo de intervención para personas mayores.	-Acompañar al profesional responsable durante las visitas domiciliarias a personas mayores, apoyando en la valoración inicial, verificando condiciones de higiene, entorno y movilidad, recopilando información sobre hábitos y necesidades básicas, y brindando orientación al cuidador o familia según indicaciones del equipo de intervención.	-Registro en Excel de soledad social cargue diario completo y firmado, que incluya observaciones del estado general de la persona mayor, condiciones del hogar, necesidades identificadas y acciones realizadas durante la visita, el cual sirve de soporte para la continuidad del plan de intervención del equipo interdisciplinario.
3	Realizar el seguimiento y la ejecución de las acciones prácticas definidas en el Plan de Bienestar de la persona mayor.	-Ejecutar y documentar las acciones prácticas establecidas en el Plan de Bienestar de la persona mayor, tales como supervisar la adherencia a rutinas de autocuidado, apoyar en ejercicios básicos indicados, reforzar hábitos saludables, verificar la toma adecuada de medicamentos y monitorear cambios en el estado físico o emocional, informando oportunamente al profesional responsable.	Registro de seguimiento del Plan de Bienestar, donde se consignen las actividades realizadas, la respuesta de la persona mayor, avances observados, dificultades identificadas y recomendaciones elevadas al equipo profesional para la actualización del plan.
4	Sustituir temporalmente a la persona cuidadora de una persona con discapacidad para ofrecerle espacios de descanso, tiempo libre o desarrollo de proyectos personales.	-Brindar apoyo integral a la persona con discapacidad durante los periodos de sustitución del cuidador principal, realizando las tareas básicas de asistencia (alimentación, higiene, movilización segura, acompañamiento y supervisión), garantizando su bienestar, seguridad y confort, y siguiendo las indicaciones previamente establecidas por la familia y el equipo profesional.	-Registro de sustitución del cuidador, que incluya las actividades realizadas, el estado general de la persona durante el tiempo de acompañamiento, necesidades identificadas, observaciones relevantes y cualquier situación que deba ser comunicada al cuidador principal o al equipo de intervención.
5	Brindar apoyo a la persona con discapacidad en su autocuidado, movilidad y actividades básicas de la vida diaria durante las sesiones de respiro al cuidador.	-Asistir a la persona con discapacidad en actividades de autocuidado, movilidad y tareas básicas de la vida diaria durante las sesiones de respiro, apoyando en higiene personal, vestuario, alimentación, desplazamientos seguros, supervisión y acompañamiento, promoviendo al mismo tiempo la autonomía según sus capacidades y siguiendo las indicaciones del plan de cuidado.	-Registro de apoyo en actividades de la vida diaria, donde se documente cada tarea realizada, el nivel de autonomía de la persona, los apoyos brindados, la respuesta observada, y cualquier cambio o situación relevante para informar al cuidador principal o al equipo profesional.
6	Realizar acompañamiento a la persona con discapacidad durante las sesiones, bajo la supervisión del profesional de enfermería.	-Acompañar a la persona con discapacidad durante las sesiones programadas, brindando apoyo en su movilidad, confort y seguridad, facilitando la participación en las actividades propuestas, y siguiendo en todo momento las indicaciones y supervisión del profesional de enfermería para garantizar un cuidado seguro y adecuado.	-Acompañar a la persona con discapacidad durante las sesiones programadas, brindando apoyo en su movilidad, confort y seguridad, facilitando la participación en las actividades propuestas, y siguiendo en todo momento las indicaciones y supervisión del profesional de enfermería para garantizar un cuidado seguro y adecuado.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Articular con el terapeuta y el agente de cambio la identificación de las familias que serán beneficiarias del servicio.	--Apoyar la articulación con el terapeuta y el agente de cambio mediante la recopilación de información básica de las personas y sus familias, verificando condiciones de vulnerabilidad y necesidades de apoyo, y comunicando oportunamente los datos y observaciones relevantes al equipo profesional para facilitar la identificación de las familias que podrán ser beneficiarias del servicio.Listado y ficha de información preliminar de familias preseleccionadas, que incluya datos básicos, necesidades identificadas, observaciones realizadas y verificación inicial, documentados y entregados al terapeuta y al agente de cambio para la validación final del equipo.	-Listado y ficha de información preliminar de familias preseleccionadas, que incluya datos básicos, necesidades identificadas, observaciones realizadas y verificación inicial, documentados y entregados al terapeuta y al agente de cambio para la validación final del equipo.
8	Contribuir a impactar positivamente la salud y el bienestar de la persona cuidadora y de la persona con discapacidad.	-Implementar acciones de apoyo orientadas a promover el bienestar físico y emocional tanto de la persona cuidadora como de la persona con discapacidad, mediante acompañamiento respetuoso, orientación en hábitos saludables, apoyo en rutinas de autocuidado, identificación de señales de sobrecarga y comunicación oportuna al equipo profesional para fortalecer el proceso de intervención.	-Registro de acciones de bienestar, donde se documenten las actividades realizadas, observaciones sobre el estado de la persona cuidadora y de la persona con discapacidad, avances, alertas identificadas y recomendaciones elevadas al equipo profesional para la continuidad del acompañamiento.
9	Informar al equipo profesional sobre cualquier novedad o cambio en la condición de la persona atendida.	-Observar y monitorear de manera continua la condición física, emocional y comportamental de la persona atendida, identificando cualquier novedad, cambio o señal de alerta, y comunicar oportunamente esta información al equipo profesional siguiendo los canales y protocolos establecidos.	-Reporte de novedades y cambios en la condición de la persona, registrado de forma clara y oportuna, que incluya fecha, descripción de la situación, acciones realizadas y la notificación al equipo profesional para la toma de decisiones. registro en aplicativo gtaps
10	Registrar las actividades realizadas en los formatos correspondientes, asegurando la trazabilidad de la atención.	-Registrar de manera completa, precisa y oportuna todas las actividades realizadas durante la atención, diligenciando los campos requeridos en los formatos institucionales y cargando la información en el aplicativo GTAPS, para garantizar la trazabilidad y continuidad del proceso de cuidado.	-Registros digitalizados en el aplicativo GTAPS, debidamente diligenciados y actualizados, que reflejan las actividades ejecutadas, observaciones relevantes y la trazabilidad de la atención brindada a la persona atendida.
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 de manera puntual y activa a los diferentes espacios convocados por la SDS y la Subred, tales como reuniones mensuales, comités de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás encuentros institucionales, participando en las orientaciones, capacitaciones y retroalimentaciones que fortalezcan el proceso de atención.	-Registro de participación en espacios institucionales, que incluya actas firmadas, listas de asistencia o reportes de participación, evidenciando la asistencia, los temas abordados y los compromisos asumidos en cada espacio.
12	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Apoyar en tareas complementarias propias del rol de auxiliar de cuidado, tales como preparación del espacio para las intervenciones, organización de materiales, acompañamiento en actividades comunitarias, orientación básica a cuidadores y apoyo logístico en acciones misionales, contribuyendo al fortalecimiento del servicio y al bienestar	-Evidencias de apoyo misional, como registros de actividades complementarias, controles de asistencia, reportes de apoyo logístico y observaciones documentadas, que demuestran la contribución al adecuado desarrollo de las acciones misionales del programa.

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	$ 2980800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1077187053	-		
2026	NOVIEMBRE	2025	12	10				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1192320	$ 190771	**$ 227800**
Salud		SALUD TOTAL		$ 149040	**$ 178000**
ARL	3	POSITIVA		$ 29045	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 346035**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488434395916

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EVELIA CASTAÑEDA MONTAÑA	2025-12-10 23:01:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-12-11 21:07:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-12-12 11:46:03

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-12-10, 10:43:16 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1077187053 **Referencia pago(PIN)** 8823522991

Periodo Cotización 202511 **Periodo Servicio** 202511

Cliente:

PAGADA 2025-12-10 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EVELIA CASTAÑEDA MONTAÑA				
Documento	CC 39672736	**Dirección**	CR 73 #57 R - 15 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3125738090		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 39672736		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CASTAÑEDA MONTAÑA EVELIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.423.500	231001		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

10:50 10 %

S

se... 4:45 p. m.

para mí

pse

¡Hola, evelia castañeda montaña!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 441.000
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: Pago PSE. Ref:8823522991-202511-1283045. idTrans:1283045
Fecha de la transacción: 10/12/2025
CUS: 1997463955

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta 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.

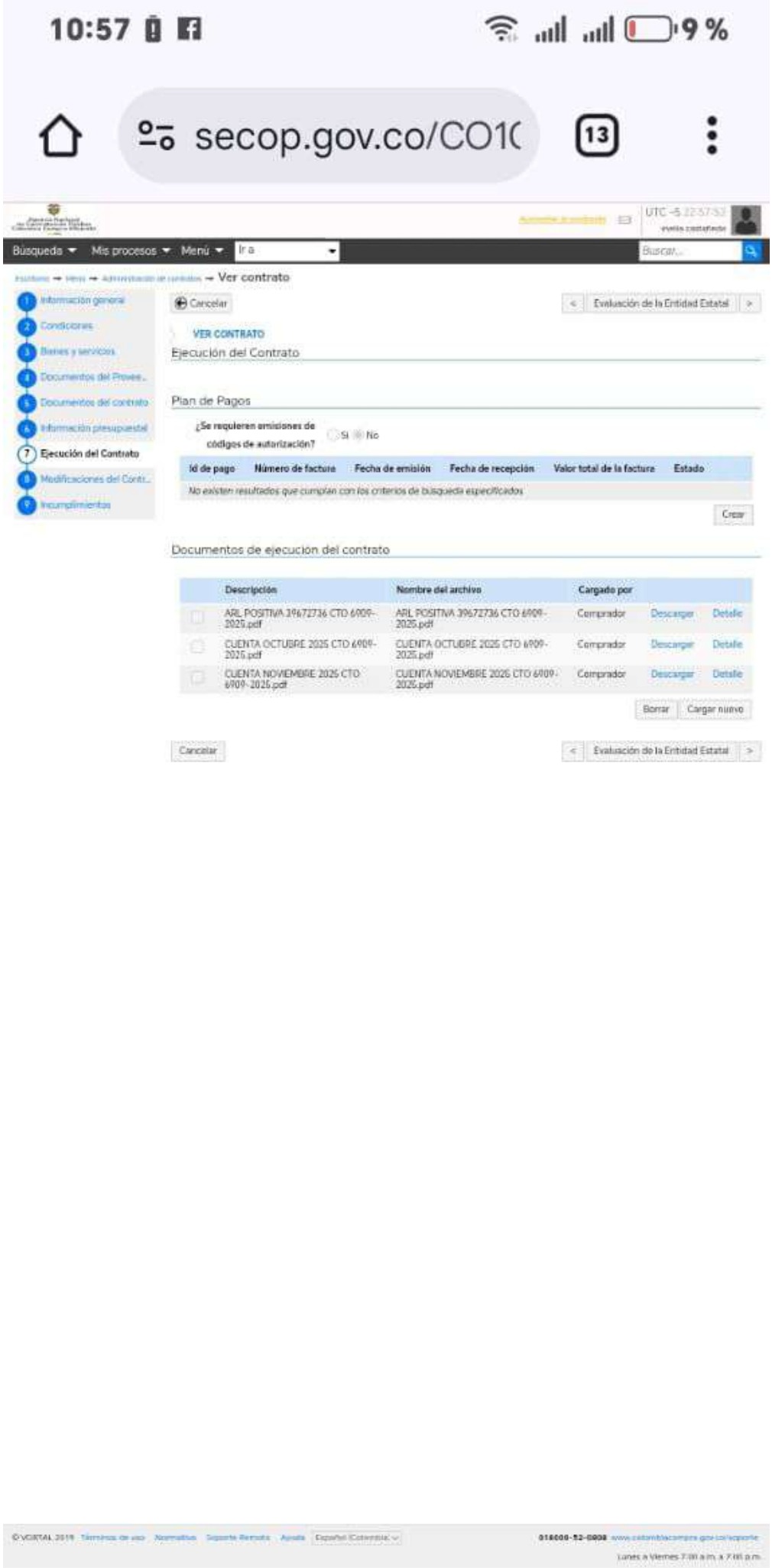
Para mayor información comunicate con nosotros:

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

pse Un servicio de ach

ACH Colombia Oficial @ACHColombia_
ACHColombiaOficial ACH Colombia Oficial

Responder Reenviar


10:57
9 %
secop.gov.co/CO1(
13
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Prove...
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr...
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
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
ARL POSITIVA 39672736 CTO 6909-2025.pdf
ARL POSITIVA 39672736 CTO 6909-2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6909-2025.pdf
CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6909-2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6909-2025.pdf
CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6909-2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal