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:**	2026-01-01	**Hasta:**	2026-01-31	
Nombre del Contratista:	MARIA DELIA ASENCIO		**Número de Documento:**	40614934	
Correo Electrónico:	madean-2530@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3212273989	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7480-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 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	42	26300	$5943800	122.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5943800**	**CINCO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

© Siasur - 2026

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	$ 4839200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 15464400	3

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 4839200
2	NOVIEMBRE	$ 4839200
3	DICIEMBRE	$ 4681400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9678400	**$ 29982000**	**$ 14359800**	**$ 15622200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGA
1	Realizar investigación epidemiológica de campo (iec) de eventos de interés en salud publica en salud mental	--Elaboración de 30 casos correspondiente a salud mental. 30 ICE efectivas, del subsistema sivim. Y 8 horas de fortalecimiento.
2	Realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes.	-Verificación de datos de ficha de notificación, y verificación de datos con aplicativos, pai, geo codificador, comprobador de derechos
3	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 realiza el respectivo diligenciamiento en el enlace de IEC y el seguimiento en el aplicativo correspondiente

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGA
4	Identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad, reportando a los entes competentes.	- Activación de rutas al SIRC 31, por el subsistema sivim. 15, de la localidad ciudad bolívar 12, de la localidad usme 2, de la lo Tunjuelito 2 correspondientes a PAI
5	Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	-Entrega apropiada de formato de canalización según fecha de captación, con calidad
6	Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	-Se realiza asistencia al fortalecimiento de SALUD MENTAL
7	Realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable.	--Realización de cargue de iec en aplicativo segun subsistema correspondiente.
8	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	--Se realiza asistencia al fortalecimiento de SALUD MENTAL el día 21/01/2026, en el horario de 8:00 am a 17:00 pm.
9	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	--Realizar la entrega oportuna y con calidad de cada uno de los soportes requeridos, según abordaje por cada uno de los subsistemas

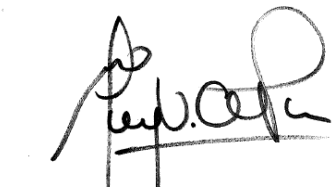
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGA
10	Realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	-Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación
11	Realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	--Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación
12	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.	-Esta actividad no corresponde a este periodo de certificación
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	--dar uso adecuado a los insumos brindados por la subred sur y la secretaria salud. como los vehículos, tapabocas, papelería, esferos, lápic
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se anexa enlace de evidencias de los productos desarrollados del mes de enero 2026: https://subre my.sharepoint.com/:f:/g/personal/saludmentalvsp_subredsur_gov_co/IgA0YnNFTouMR4N9xTOtTepGAXtIjwQCo3DVXfX93lmRBqI?e

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**	$ 4681400
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9496971111	-		
2025	**DICIEMBRE**	**2026**	**01**	**02**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado			NO		COLFONDOS	$ 1872560	$ 299610	**$ 304800**
Salud					SURA		$ 234070	**$ 238200**
ARL			3		SURA		$ 45616	**$ 46500**
Caja de Compensación			NO			**Total**	**$ 543455**	**$ 589500**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	450600132457

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA DELIA ASENCIO	2026-01-27 19:07:07
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA DELIA ASENCIO	2026-01-28 12:09:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2026-01-28 12:29:01
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-28 14:13:15

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

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 40614934		ASENCIO MARIA DELIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 69 A N 2 B 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212273989	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2050166887	9496971111	I	2026/01/09	2026/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$589,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,904,842	$304,800			$1,904,842	$238,200			$0	$0			$1,904,842	$46,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,904,842	$304,800			$1,904,842	$238,200			$0	$0			$1,904,842	$46,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,904,842	$304,800			$1,904,842	$238,200			$0	$0			$1,904,842	$46,500		$0	$0
1	CC 40614934	ASENCIO MARIA	231001	30	$1,904,842	$304,800	EPS010	30	$1,904,842	$238,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,904,842	$46,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,904,842	$304,800			$1,904,842	$238,200			$0	$0			$1,904,842	$46,500		$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 40614934		ASENCIO MARIA DELIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 69 A N 2 B 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212273989	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2050166887	9496971111	I	2026/01/09	2026/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$589,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,800	$0	$0	$304,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$304,800	$0	$0	$304,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,500	$0	$0	$46,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$46,500	$0	$0	$46,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$238,200	$0	$0	$238,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$238,200	$0	$0	$238,200
TOTAL				1	$589,500	$0	$0	$589,500

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

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-CTO7480-2025.pdf	CUENTA -OCTUBRE-CTO7480-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA-NOVIEMBRE-CTO7480-2025.pdf	CUENTA-NOVIEMBRE-CTO7480-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA-DICIEMBRE-CTO7480-2025.pdf	CUENTA-DICIEMBRE-CTO7480-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >