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:	ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA		**Número de Documento:**	1019119386	
Correo Electrónico:	andrea_152431_rios@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3115290282	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

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
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 14535600	4

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	NOVIEMBRE	$ 706800
2	DICIEMBRE	$ 4195200

© Siasur - 2026

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1538240	**$ 25722800**	**$ 4902000**	**$ 20820800**

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	$ 4195200
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9497209763	-		
2025	**DICIEMBRE**	**2026**	**01**	**06**				

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	PORVENIR	$ 1678080	$ 268493	**$ 268500**
Salud		NUEVA EPS		$ 209760	**$ 209800**
ARL	3	SURA		$ 40878	**$ 40900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 487013**	**$ 519200**

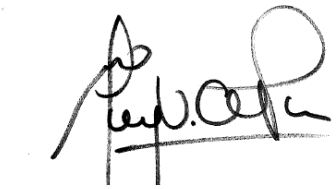
INFORMACIÓN DE PAGO

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	2026-01-20 00:30:46
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2026-01-25 21:07:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-26 13:38:48

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

Planilla Resumen

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
2025-12	2025-12	2061824180	9497209763	I	2026/01/22	2026/01/06	NEQUI	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
1	CC	1019119386	RIOS ANDREA																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	0	$0	$0	No	$440,500
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

Scanned with CamScanner

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
2025-12	2025-12	2095265902	9498131735	N	2026/01/22	2026/01/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$78,700

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)						$254,580	$40,700			$254,580	$31,800			$0	$0			$254,580	$6,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$254,580	$40,700			$254,580	$31,800			$0	$0			$254,580	$6,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$254,580	$40,700			$254,580	$31,800			$0	$0			$254,580	$6,200		$0	$0
1	CC	1019119386	RIOS ANDREA	230301	30	($1,423,500)	($227,800)	EPS037	30	($1,423,500)	($178,000)		0	$0	$0	14-11	30	($1,423,500)	($34,700)	0	$0	$0
2	CC	1019119386	RIOS ANDREA	230301	30	$1,678,080	$268,500	EPS037	30	$1,678,080	$209,800		0	$0	$0	14-11	30	$1,678,080	$40,900	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			**$254,580**	**$40,700**			**$254,580**	**$31,800**			**$0**	**$0**			**$254,580**	**$6,200**		**$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
2025-12	2025-12	2095265902	9498131735	N	2026/01/22	2026/01/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$78,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$0	$0	$40,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$40,700	$0	$0	$40,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,200	$0	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,800	$0	$0	$31,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$31,800	$0	$0	$31,800
TOTAL				**1**	**$78,700**	**$0**	**$0**	**$78,700**

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

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					

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >