| | | |
|---|---|---|
| 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:** | JASMIN RODRIGUEZ BALANTA | | **Número de Documento:** | 60379020 | |
| **Correo Electrónico:** | jasita1223@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3123020479 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | **Cargo:** | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 6970-2025 | **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** | | | | | |


***© Siasur - 2026***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-10-01 | | **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 |
| 2 | 2026-01-02 | 2026-03-31 | 2 | $ 8942400 | 4 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | OCTUBRE | $ 2980800 |
| 2 | NOVIEMBRE | $ 2980800 |
| 3 | DICIEMBRE | $ 2980800 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5961600** | **$ 18779040** | **$ 8942400** | **$ 9836640** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar la gestión para la apertura de los inmuebles tipo pagadiario, estableciendo una relación de colaboración y confianza con los administradores. | -.realizar articulacion con los administradores del pagadiario dando a conocer el modelo y se busca establecer acuerdos básicos que definan horarios de ingreso, espacios disponibles para la atención | - --Acta, listado de asistencia y evidencias que soporten la concertación y gestión realizada con los administradores de los Pagadiarios. |
| 2 | 2. Llevar a cabo la caracterización integral de las personas y núcleos familiares residentes en los pagadiarios, identificando factores de riesgo físicos, psicosociales y ambientales. | -gestión de las necesidades detectadas durante la caracterización, procurando su resolución en el menor tiempo posible debido a la alta dinámica y rotación de los residentes | - ---registro de aplicativo GTAPS |
| 3 | 3. Aplicar tamizajes de riesgo en salud a los residentes, como el APGAR familiar, la toma de medidas antropométricas y el FINDRISK. | -Obteniendo como resultado la identificación de factores de riesgo; físicos,psicosociales, económicos o ambientales. | -- -Formatos de caracterización y tamizajes establecidos con calidad y veracidad |
| 4 | 4. Identificar y clasificar el perfil de riesgo de cada residente o familia para priorizar la intervención y la gestión de necesidades. | -gestión para la adherencia a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) | --- registro aplicativo gtaps |
| 5 | 5. Concertar e implementar el Plan de Bienestar con los residentes, definiendo acciones para resolver riesgos y fortalecer factores protectores. | -Educación en salud pública desde la exploración de hábitos y rutinas diarias, incluyendo prácticas de autocuidado y redes de apoyo. | ---registro aplicativo gtaps |
| 6 | 6. Realizar derivaciones internas a otros perfiles del equipo (medicina, psicología, etc.) y remisiones externas a servicios de salud y programas sociales. | -realizar activacion de ruta segun corresponda y necesidad del residente | ----diligenciamiento alertas en aplicativo gitaps , y envio canalizaciones registro drive migrantes |
| 7 | 7. Brindar educación en salud pública sobre autocuidado, hábitos de vida saludables y prevención de enfermedades a la población residente. | -identificación temprana de signos de alarma , especialmente en mujeres gestantes, niños y niñas menores de cinco años y personas con discapacidad -- - | -registro aplicativo gitaps |


***© Siasur - 2026***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 8 | 8. Orientar y acompañar a la población en procesos de aseguramiento en salud y otros trámites administrativos para reducir barreras de acceso. | -asegurar que cada residente pueda incorporarse al sistema de salud. | ----llamada telefonica canalizacion aseguramiento |
| 9 | 9. Realizar el seguimiento periódico a los residentes, ajustando el Plan de Bienestar según la alta movilidad y las necesidades emergentes. | -evitando la progresión de riesgos y minimizando complicaciones. | - --registro aplicativo gitaps |
| 10 | 10. Mantener comunicación constante con los administradores para identificar la llegada de nuevos grupos prioritarios o situaciones de riesgo. | -explicar el alcance, objetivos y beneficios de la intervención, así como la importancia de este abordaje. | ---- reuniones periódicas de retroalimentación al menos una vez al mes |
| 11 | 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. | -----Participación en precritica de los productos asignados. -- --Asistencia a capacitaciones, reunión mensual del entorno y otras reunione | --- --Asistencia a capacitaciones, reunión mensual del entorno y otras reunioneS |
| 12 | 12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | ----no aplica | ----no aplica |


***© 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 | $ 2980800 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1077903492 | - | | |
| 2025 | DICIEMBRE | 2025 | 12 | 30 | | | | |

| 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 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 227800** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 177938 | **$ 178000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 34676 | **$ 34700** |
| Caja de Compensación | SI | CAFAM | **Total** | **$ 413129** | **$ 440500** |

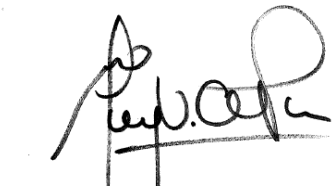
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 488413268084 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JASMIN RODRIGUEZ BALANTA | 2026-01-19 20:01:00 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2026-01-22 09:43:39 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2026-01-22 14:25:18 |

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**


***© Siasur - 2026***

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2026-01-02, 04:04:56 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077903492

**Periodo Cotización:** diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823522039

## PAGADO 30/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JASMIN RODRIGUEZ BALANTA | | |
| **Documento** | CC60379020 | **Dirección** | CL 94 SUR #14 H - 76 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7734139 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 60379020 | JASMIN RODRIGUEZ BALANTA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (CCF21) CAFAM | $ 1.423.500 | $ 8.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 449.100 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 8.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 449.100 | $ 0 | $ 449.100 |



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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

4:31 56
pagosimple.com.co 97

Consulta PIN | Resultados Consulta | Proceso de pago | Comprobante de pago

## Transacción Exitosa

### Comprobante de la transacción: 8823522039-202512-1331067

Referencia / PIN

8823522039

Periodo de cotización

202512

Número aprobación (CUS)

2047896178

Banco

BANCO DAVIVIENDA

Valor

$ 449.100

Fecha

2025-12-30 16:31:00.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente







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

○ 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 2025 CTO 6970-2025.pdf | CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6970-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6970-2025.pdf | CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6970-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6970-2025.pdf | CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6970-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo