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:	ANGELA MARIA CANO ACEVEDO		**Número de Documento:**	1017140303	
Correo Electrónico:	acano2410@gmail.com		**Número Telefónico:**	3235033237	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7073-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	67	22800	$5722800	136.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5722800**	**CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTIDOS MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-02		**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	$ 4195200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 13976400	3

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 4195200
2	NOVIEMBRE	$ 4195200
3	DICIEMBRE	$ 4058400

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ENERO	$ 5722800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8390400	**$ 26562000**	**$ 18171600**	**$ 8390400**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar retroalimentación y documentación del proceso de prescripción social.	- Se realiza retroalimentación del proceso y los resultados de la estrategia de Prescripción social con las caracterizaciones de los activos sociales y la validación en la localidad	- Actas y listado de asistencia, instrumento de caracterización - validación de activos sociales
2	2. Participar en la mesa de gestión territorial APSocial del GSP-PSPIC	- Se asiste a las mesas convocadas para la implementación de la estrategia de prescripción social durante el mes de enero 2026.	- Acta y listado de asistencia
3	3. Articular con el líder local GSP-PSPIC para la implementación de la estrategia, análisis y planes de mejora	- Se realiza articulación con la líder de localidad y el equipo de Ciudad Bolivar para fortalecer la estrategia de Prescripción social mediante el análisis y planes de mejora en el mes de enero 2026.	- Acta y listado de asistencia/ base de activos sociales
4	4. Participar en espacios de articulación territorial: Mesa de prescripción social y activación de rutas	- Se asiste a la mesa de prescripción social y activación de RIAS en el mes de enero 2026.	- Acta y listado de asistencia
5	5. Participar en la Mesa Local de Bienestar para la implementación de la estrategia de prescripción social.	- Se asiste a la mesa de Mas Bienestar de la localidad de Ciudad Bolivar de acuerdo a la convocatoria.	- Acta y listado de asistencia
6	6. Socializar el caso exitoso de prescripción social, en las mesas zonales	- Se realiza socialización del caso exitoso con las prescriptoras zonales a fin de documentarlo.	- Archivo con el caso registrado
7	7Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales."	- Se realiza validaciones de activos sociales previamente caracterizados en la localidad de Cuidad Bolivar. Se asiste a las actividades educativas convocadas y demás actividades para fortalecer la estrategia de prescripción social.	- Correos con la gestión y listados de asistencia

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	$ 4058400
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9496741499	-		
2025	**DICIEMBRE**	**2026**	**01**	**08**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1623360	$ 259738	**$ 269000**
Salud		SÁNITAS		$ 202920	**$ 210200**
ARL	3	POSITIVA		$ 39545	**$ 41000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 471132**	**$ 520200**

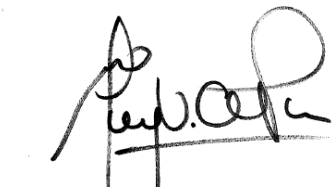
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488405287241

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGELA MARIA CANO ACEVEDO	2026-01-26 21:33:52
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2026-01-27 10:30:57
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-28 14:21:13
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-02-16 14:38:14

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 1017140303		CANO ACEVEDO ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kr 67 57v 09 sur To6 ap 2347	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2762876	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	2067671634	9496741499	I	2026/01/05	2026/01/08	NEQUI	3	$520,200

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,678,081	$268,500			$1,678,081	$209,800			$0	$0			$1,678,081		$40,900		$0	$0		$519,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,678,081	$268,500			$1,678,081	$209,800			$0	$0			$1,678,081		$40,900		$0	$0		$519,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,678,081	$268,500			$1,678,081	$209,800			$0	$0			$1,678,081		$40,900		$0	$0		$519,200
1	CC	1017140303	CANO ANGELA																	23100 1	30	$1,678,081	$268,500	EPS005	30	$1,678,081	$209,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,678,081	2.436%	$40,900	0	$0	$0	No	$519,200
Total	**Afiliados(1)**																					$1,678,081	$268,500			$1,678,081	$209,800			$0	$0			$1,678,081		$40,900		$0	$0		$519,200

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	$268,500	$500	$0	$269,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$268,500	$500	$0	$269,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,900	$100	$0	$41,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,900	$100	$0	$41,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$209,800	$400	$0	$210,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$209,800	$400	$0	$210,200
TOTAL				**1**	**$519,200**	**$1,000**	**$0**	**$520,200**

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	
Pago 001	001	25/11/2025 5:19:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	4.195.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	002	10/12/2025 5:33:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	4.195.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	003	2 minutos de tiempo transcurrido *(20/01/2026 6:43:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	4.058.400 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE_7073-2025.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE_7073-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE_7073-2025.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE_7073-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE_7073-2025.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE_7073-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >