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:**	2026-02-01	**Hasta:**	2026-02-28	
Nombre del Contratista:	JULIETH CATALINA MONZON VALENCIA		**Número de Documento:**	1023039981	
Correo Electrónico:	catalinav11@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3042776895	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6655-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1675
Perfil:	BACHILLER Y-O - TECNICO (TERRITORIOS)				
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	12100	$2226400	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2226400**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS 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	$ 2894320	1957
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 6679200	4

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 2226400
2	NOVIEMBRE	$ 2226400

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	DICIEMBRE	$ 2226400
4	ENERO	$ 2226400
5	FEBRERO	$ 2226400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4452800	**$ 14026320**	**$ 11132000**	**$ 2894320**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	" 1. Apoyar la gestión de casos asignados mediante la estrategia de ruteo, garantizando el registro completo y actualizado en el aplicativo GTAPS.	-REVISION Y ACTUALIZACION DIARIA DE LOS CASOS ASIGNADOS EN GTAPS VERIFICANDO EL ESTADO DE PRESION Y RUTEO HACIA LAS UNIDADES BASICAS RESOLUTIVAS	-REGISTRO ACTUALIZADO EN GTAPS REPORTE SEMANAL DE SEGUIMIENTO DE CASOS.
2	2. Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias.	-REALIZACION DE LLAMADAS DE CONTACTO INICIAL S EGUIMIENTO DE ALERTAS Y ACTUALIZACION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y DE SALUD	-LISTADO DE LLAMADAS REALIZADAS BITACORA DE SEGUIMIENTO TELEFONICO
3	3. Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.	-COORDINACION CON LAS UNIDADES PARA EL AGENDAMIENTO CONFIRMACION DE MEDICAS Y REGISTRO DE CAMBIOS EN EL SISTEMA	-EPORTE DE CITAS AGENDADAS PANTALLAZOS O COMPROBANTES DE CONFRIMACION
4	4. Realizar contacto telefonico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS.	-LISTADO DE VERIFICACION DE ASISTENCIA Y CONFIMACIONDE USUARIOS REGISTRO DE RESULTADOS GTAPS	-REGISTRO DE LLAMADAS DE VERIFICACION LISTADO DE ASISTENCIA CONFIRMADA
5	5. Apoyar la gestión del riesgo en las familias mediante la orientación básica y la derivación a rutas y servicios correspondientes.	-ORIENTACION A USUARIOS SOBRE RUTAS DE ATENCION Y SERICIOS DISPONIBLES SEGUN CLASIFICACION DEL RIESGO	-REGISTRO DE ORIENTACION DERIVACIONES REGISTRADAS EN GTAPS
6	6. Participar en actividades de abordaje territorial presencial, apoyando la caracterización y gestión de necesidades, excepto procedimientos clínicos.	-REGISTRO OPORTUNO DE CADA GESTION EN GTAPS Y DILIGENCIAMIENTODE FORMATOS DE REPORTE DE GESTION	-FORMATOS DILIGENCIADOS RESPALDOS EN GTAPS COPIA DIGITALES
7	7. Diligenciar de manera oportuna y precisa los formatos, planos y registros definidos en cada acción de bienestar en GTAPS y soportes físicos.	-REGISTRO OPORTUNO DDE CADA GESTION EN GTAPS Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE REPORTE DE GESTION	-FORMATOS DIGULENCIADOS RESPALDO GTAPS COPIAS DIGITALES
8	8. Reportar novedades, inasistencias o rechazos de visitas, garantizando la articulación con gestores técnicos o profesionales según corresponda.	-REPORTE INMEDIATO DE NOVEDADES EN EL APLICATIV Y COMUNICACION CON EL EQUIPO TECNICO DE SEGUIMIENTO DE CASOS	-REGISTRO DE NOVEDADES EN GTAPS CORREO O INFORMES ENVIADOS AL EQUIPO
9	9. Contribuir a las acciones de promoción de la salud y campañas territoriales mediante la entrega de mensajes clave a las familias.	-DIFUSION TELEFONICA Y POR MEDIOS DIGITALES DE MENSAJES SOBRE AUTOCUIDADO VACUNACION Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	-EVIDENCIA DE MENSAJES ENVIADOS REPORTE DE COBERTURA DE MENSAJES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Dar Cumplimiento a los indicadores de gestión establecidos (porcentaje de casos gestionados, citas agendadas y efectividad en el seguimiento) garantizando la trazabilidad en GTAPS. Cumplimiento de indicadores con soporte en reportes de GTAPS bles y unidades de reporte establecidos por la SDS.	-SEGUIMIENTO DIARIO A LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO EN GTAPS Y PRESENTACION DE INFORMES MENNSUALES DE AVANCE	-REPORTE MENSUAL DE INDICADORES Y TRAZABILIDAD EN GTAPS
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.	-PARTICIPACION EN REUNIONES MENSUALES ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TECNICOY COMITES INSTITUCIONALESPARTICIPACION EN REUNIONES MENSUALES ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TECNICOY COMITES INSTITUCIONALES	-LISTAS DE REUNION LISTADOS DE ASISTENCIA EVIDENCIA DE PARTICIPACION
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales."	-APOYO TRANSVERSAL A CAMPAÑAS INSTITUCIONALES CAPACITACIONES INTERNAS Y ACTIVIADES DE GESTION COMUNITARIA	-REGISTRO DE PARTICIPACION FOTOGRAFIAS INFORMES COMPLEMENTARIOS

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	$ 2226400
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	47517098	-		
2026	**ENERO**	**2026**	**02**	**10**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS 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	$ 1750905	$ 280145	**$ 280200**
Salud		NUEVA EPS		$ 218863	**$ 218900**
ARL	3	SURA		$ 42652	**$ 42700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 541800**

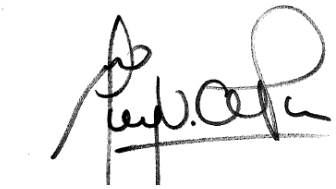
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	09400018593

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JULIETH CATALINA MONZON VALENCIA	2026-02-23 12:21:26
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2026-02-25 15:48:16
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-02-27 17:37:53
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	2026-03-11 13:37:39

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

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		
☐	DOC CTO-6655-2025.zip	DOC CTO-6655-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL SURA 1023039981 CTO 6655-2025.pdf	ARL SURA 1023039981 CTO 6655-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6655-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6655-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6655-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6655-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6655-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6655-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	JULIETH CATALINA MONZON VALENCIA - 1023039981-20260130T025043Z-3-001.zip	JULIETH CATALINA MONZON VALENCIA - 1023039981-20260130T025043Z-3-001.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2026 CTO 6655-2025.pdf	CUENTA ENERO 2026 CTO 6655-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Compensar-oi

¿Cuánto?
$ 541.800,00

Fecha
10 de febrero de 2026 a las 03:49 p. m.

Referencia
M12114744

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023039981	JULIETH CATALINA MONZON VALENCIA	Cll 71 b 14g 56 sur	3005973050	Catalinav11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	10/02/2026	47517098	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023039981	JULIETH CATALINA MONZON VALENCIA		Cll 71 b 14g 56 sur	3005973050	Catalinav11@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	10/02/2026	47517098	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023039981	MONZON VALENCIA JULIETH CATALINA	59	0			N																	25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información