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:	INGRID PAOLA MENA MENDIETA		**Número de Documento:**	1010212294	
Correo Electrónico:	paolamena9312@gmail.com		**Número Telefónico:**	3105009280	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7293-2025	**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
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	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		2025-10-02		**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	$ 12585600	3

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

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	DICIEMBRE	$ 4058400
4	ENERO	$ 4332000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8390400	**$ 25171200**	**$ 16780800**	**$ 8390400**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Participar de la implementacion de sesiones socioeducativas, con grupos, organizaciones y demas formas de expresion en los difernetes entornos y procesos al interior de la implementacion del PSPIC. Realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, y Realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, sífilis y hepatitis B con resultado positivo.	--Se realiza un abordaje integral en 48 sesiones en la dimensión de salud sexual y reproductiva donde se brinda educación en hábitos de vida saludable en el adulto	-Listado de sesiones y drive
2	Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.	-Se realiza un abordaje integral en 48 sesiones en la dimensión de salud sexual y reproductiva donde se brinda educación en hábitos de vida saludable en el adulto	-Listado de sesiones y drive
3	Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios	-Se realizan canalizaciones, según necesidad de la comunidad para su abordaje integral	-Formato de canalización
4	Realizar asesoría individual en hábitos de vida saludable, actividad física, alimentación saludable según criterios de tamización en talla, peso, medidas antropométricas y medidas tensionales	-Realización de 48 sesiones, entorno a salud sexual y reproductiva promoviendo espacios en educación en salud, promoviendo espacios participativos	-Drive, ficha metodológica y listado de sesiones colectivas
5	Realizar acciones de promoción de la salud mental, la convivencia y la prevención de diferentes formas de violencia, promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos	-Realización de 48 sesiones, entorno a salud sexual y reproductiva promoviendo espacios en educación en salud, promoviendo espacios participativos	-Drive, ficha metodológica listado de sesiones colectivas
6	Canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	-Retroalimentación de matriz de seguimiento familiar, reportes de seguimiento diarios, diligenciamiento de formatos establecidos desde nivel central y demás informes y tableros de control solicitados y establecidos desde la Subred Sur y Secretaria Distrital de Salud.	-Drive, ficha metodológica listado de sesiones colectivas
7	Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Retroalimentación de matriz de seguimiento familiar, reportes de seguimiento diarios, diligenciamiento de formatos establecidos desde nivel central y demás informes y tableros de control solicitados y establecidos desde la Subred Sur y Secretaria Distrital de Salud	-Drive, ficha metodológica, diario de campo y listado de sesiones colectivas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-No aplica	-No aplica
9	Presentar productos para precrítica y preauditoria.	-Realizar gestión documental según corresponde a los productos realizados	-Gestión documental
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad	-Listados de asistencia y demás soportes que se programan

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	$ 4332000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9499621745	-		
2026	ENERO	2026	02	16				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1750905	$ 280145	**$ 296200**
Salud		SÁNITAS		$ 218863	**$ 231400**
ARL	3	SURA		$ 42652	**$ 45100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 572700**

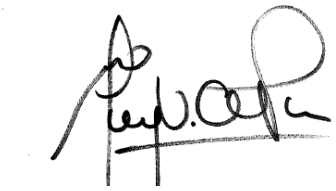
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	8300770677

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID PAOLA MENA MENDIETA	2026-02-21 15:22:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID PAOLA MENA MENDIETA	2026-02-21 15:27:14
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID PAOLA MENA MENDIETA	2026-02-23 11:48:00
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2026-02-26 09:41:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-02-26 18:16:21

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 1010212294		MENA MENDIETA INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 65 #59-21 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7979355	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	63127612	9499621745	I	2026/02/23	2026/02/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$609,800

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)					$1,850,962	$296,200			$1,850,962	$231,400			$1,850,962	$37,100			$1,850,962	$45,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,850,962	$296,200			$1,850,962	$231,400			$1,850,962	$37,100			$1,850,962	$45,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,850,962	$296,200			$1,850,962	$231,400			$1,850,962	$37,100			$1,850,962	$45,100		$0	$0
1	CC	1010212294 MENA INGRID	230201	30	$1,850,962	$296,200	EPS005	30	$1,850,962	$231,400	CCF22	30	$1,850,962	$37,100	14-11	30	$1,850,962	$45,100	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,850,962	$296,200			$1,850,962	$231,400			$1,850,962	$37,100			$1,850,962	$45,100		$0	$0

2026/02/14 12:22 PM

Powered by 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 1010212294		MENA MENDIETA INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 65 #59-21 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7979355	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	63127612	9499621745	I	2026/02/23	2026/02/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$609,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$296,200	$0	$0	$296,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$296,200	$0	$0	$296,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,100	$0	$0	$45,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,100	$0	$0	$45,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,100	$0	$0	$37,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$37,100	$0	$0	$37,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$231,400	$0	$0	$231,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$231,400	$0	$0	$231,400
TOTAL				1	$609,800	$0	$0	$609,800

Powered by CamScanner

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-7293-2025.zip	DOC CTO-7293-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 7293 .pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 7293 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 7293 .pdf.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 7293 .pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 7293.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 7293.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO CUENTA ENERO 2026 CTO 7293..pdf	CTO CUENTA ENERO 2026 CTO 7293..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Powered by CamScanner