

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-03-06	Hasta:	2026-03-31
Nombre del Contratista:	AIDA YAMILE MORA VELANDIA		Número de Documento:	52930152
Correo Electrónico:	aidayamile.ym@gmail.com		Número Telefónico:	3106969156
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4134-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	3
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	177	0	16200	\$2867400	115.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2867400	DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-03-06			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-03-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-03-25	2026-04-30	1	\$ 2980800	448
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MARZO			\$ 2867400	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 3080160		\$ 6060960	\$ 2867400	\$ 3193560
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	"1. Desarrollar acciones de búsqueda activa comunitaria, para identificar población que requiera vacunación, con sintomatología relacionada con evento de salud pública	- No aplica para el mes actual	- No aplica para el mes actual	
2	2. Registrar la información de la búsqueda activa comunitaria en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad	- Realizar actividades del programa ampliado de inmunizaciones, correspondiente a los esquemas para los menores de años, gestantes, niños y niñas de 9 a 17 años con dosis de VPH.	-Registro del insumo en aplicativo pai web, pai distrital base o drive según corresponda.	
3	3. Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual	
4	4. Consolidar informes de bloqueos y búsquedas activas comunitarias por localidad.	-- Se realiza seguimiento diario a la cohorte y entrega de los seguimientos al equipo en terreno por asignación correspondiente al día.	-Se realiza la entrega de los seguimientos de acuerdo a la asignación diaria.	
5	5. Asistir a comité programa ampliado de inmunizaciones local.	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual	
6	6. Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual	
7	7. Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual	
8	8. Asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la Secretaría Distrital De Salud y a La Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual	
9	11. Mantener un proceso de autoaprendizaje continuo y actualizado sobre las técnicas de vacunación, los principios de bioseguridad y los signos de alarma relacionados con las alertas epidemiológicas vigentes. Deberá aplicar este conocimiento para garantizar la seguridad y el bienestar de los usuarios.	-- Realiza Asistencia al comité extramural de manera mensual.	-Realiza firma de listado de asistencia y ejecución del pre - test y pos - test durante la reunión.	
10	12. Realizar uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual	

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	13. Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa. "	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	007590351529
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN		USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		AIDA YAMILE MORA VELANDIA		2026-03-25 16:17:43	
ACEPTADO SUPERVISIÓN		YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2026-03-25 16:25:33	
ACEPTADO CONTRATACIÓN		MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-03-26 15:29:48	
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		2026-04-13 17:51:21	

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.



**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

Bogotá, Marzo / 17 de 2026



Señor (a): AIDA YAMILE MORA VELANDIA
CC. 52930152
CL 38 C 91 A 17 SUR
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Junio / 1 de 2009, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

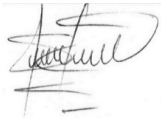
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AIDA YAMILE MORA VELANDIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52930152**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de marzo de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellin, 17 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **AIDA YAMILE MORA VELANDIA** con documento de identidad **C52930152**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con NIT **N900958564**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-03-03	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ASISTENCI AL	0000000 001	3	2.436	EN COBERTURA

- **Medellín** 604 4444578
- **Bogotá** 601 4055911
- **Cali** 602 3808938
- **Pereira** 606 3138400

- **Manizales** 606 8811280
- **Bucaramanga** 607 6917938
- **Cartagena** 605 6424938
- **Barranquilla** 605 3197938

- **Líneas de atención** 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- **Línea de conciliación ARL** 3103157562
- **sura.co/arl**



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

24/11/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor AIDA YAMILE MORA VELANDIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52930152**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número **0570007590351529**
Fecha de apertura **10/12/2009**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

<

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		
<input type="checkbox"/>	HOJA DE VIDA SIDEAP, YAMILE MORA.docx	HOJA DE VIDA SIDEAP, YAMILE MORA.docx	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	DIPLOMA AUXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	DIPLOMA AUXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

ADMINISTRACION DEL RIESGO

Opciones de matriculación



La administración del riesgo tiene como propósito pérdidas y amenazas, al identificar, evaluar y gestión del cumplimiento de sus objetivos

- Profesor con permiso de edición: [DERLY XIMEN](#)

No se puede auto matricular en este curso.

Continuar