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:**	2026-03-01	**Hasta:**	2026-03-31	
Nombre del Contratista:	LAURA ALEJANDRA RUIZ ENRIQUEZ		**Número de Documento:**	1022418341	
Correo Electrónico:	akejandraruiz@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102025917	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7277-2025	**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
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 4195200	448
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		OCTUBRE		$ 4195200	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	NOVIEMBRE	$ 4195200
3	DICIEMBRE	$ 4058400
4	ENERO	$ 4332000
5	FEBRERO	$ 4195200
6	MARZO	$ 4195200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8390400	**$ 29366400**	**$ 25171200**	**$ 4195200**

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 Fomentar en personas con discapacidad, familias, cuidadoras y líderes, la adquisición gradual de capacidades para la autogestión, la autonomía y el empoderamiento en prácticas de cuidado y autocuidado.	-Asesoría a los usuarios en temas relacionados con la consejería breve para el consumo nocivo de alcohol, tabaco y el uso de sistemas electrónicos con o sin administración de nicotina. Asimismo, ofrecer recomendaciones para fomentar la actividad física, promover un uso adecuado y responsable del tiempo libre, y mejorar la tolerancia frente a situaciones generadoras de estrés.	-Ficha técnica acción de bienestar: Jornadas de tamízate para la salud publica - Cuídate, Se Feliz.
2	Realizar seguimiento presencial o no presencial a cada persona con discapacidad psicosocial asociada a trastorno mental y/o a un familiar o cuidador de esta, quien determinara el estado actual de su salud mental, las necesidades de apoyo psicosocial y la activación de rutas si es pertinente.	-Orientación en planes de ejercicio adaptados a las características y necesidades específicas de cada usuario, de acuerdo con los criterios establecidos en los lineamientos. El objetivo es fomentar y motivar a los usuarios en la adopción de hábitos saludables.	-Formato de sesiones colectivas Cuídate, Se Feliz.
3	Identificar y direccionar a personas con discapacidad, a su grupo familiar y/o cuidadoras/res donde se encuentren necesidades y prioridades de orientación y asesoría.	-Se realizan 20 jornadas en el mes de marzo en donde se proporciona orientaciones y asesorías integrales para la identificación del riesgo en salud y promoción de hábitos de vida saludable.	-Ficha técnica acción de bienestar: Jornadas de tamízate para la salud publica - Cuídate, Se Feliz. pasaporte al cuidado de mi salud/carnet Cuídate, Se Feliz.
4	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	-Realizar proceso de canalización de los usuarios con alertas de riesgo en salud identificados en los puntos de "Cuídate, Se Feliz" que requieren acceso a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).	-Instrumento de activación de Rutas Integrales de Atención en Salud.
5	Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Planeación, proyección y ajuste del portafolio y cronograma con respecto a las jornadas asignadas.	-Planeación, proyección y ajuste del portafolio y cronograma con respecto a las jornadas asignadas.
6	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Orientación y socialización con respecto a la gestión documental, organización de soportes y entrega oportuna.	-Soportes Cuídate, Se Feliz.
7	Presentar productos para precrítica y preauditoria	--Retroalimentación con respecto a la gestión documental, entrega de productos y jornadas realizadas del mes anterior, en el mes de marzo.	-Soportes Cuídate, Se Feliz.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Asistencia a reuniones de el entorno cuidador comunitario, asistencia técnica y de el equipo Cuídate, Se Feliz, en el mes de marzo.	-Soportes Cuídate, Se Feliz.

© 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	$ 4195200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	57058990	-		
2026	FEBRERO	2026	03	11				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS 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	**$ 280400**
Salud		COMPENSAR		$ 218863	**$ 219100**
ARL	3	SURA		$ 42652	**$ 42800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 542300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488417773014

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LAURA ALEJANDRA RUIZ ENRIQUEZ	2026-03-24 15:52:13
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-03-25 11:08:49
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-03-25 12:29:11
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 20:12:52

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

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	1022418341	LAURA ALEJANDRA RUIZ ENRIQUEZ	Cll 23 #68 - 59 casa 36	4976861	akejandraruiz@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70907107	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$576.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

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	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022418341	LAURA ALEJANDRA RUIZ ENRIQUEZ	Cll 23 #68 - 59 casa 36	4976861	akejandraruiz@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70907107	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1022418341	RUIZ ENRIQUEZ LAURA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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
2026-02	2026-02	129437222	9501287368	I	2026/03/03	2026/03/10	BANCO DAVIVIENDA	7	$609,700

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,960,800**	**$313,800**			**$1,960,800**	**$245,100**			**$0**	**$0**			**$1,960,800**		**$47,800**		**$0**	**$0**		**$606,700**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,960,800**	**$313,800**			**$1,960,800**	**$245,100**			**$0**	**$0**			**$1,960,800**		**$47,800**		**$0**	**$0**		**$606,700**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$1,960,800**	**$313,800**			**$1,960,800**	**$245,100**			**$0**	**$0**			**$1,960,800**		**$47,800**		**$0**	**$0**		**$606,700**
1	CC	1017140303	CANO ANGELA								X									23100 1	30	$1,960,800	$313,800	EPS005	30	$1,960,800	$245,100		0	$0	$0	14-23	30	$1,960,800	2.436%	$47,800	0	$0	$0	No	$606,700
Total	**Afiliados(1)**																					$1,960,800	$313,800			$1,960,800	$245,100			$0	$0			$1,960,800		$47,800		$0	$0		$606,700

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	$313,800	$1,500	$0	$315,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$313,800	$1,500	$0	$315,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$47,800	$300	$0	$48,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$47,800	$300	$0	$48,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$245,100	$1,200	$0	$246,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$245,100	$1,200	$0	$246,300
TOTAL				**1**	**$606,700**	**$3,000**	**$0**	**$609,700**

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	20/01/2026 6:43:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	4.058.400 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	004	25 días de tiempo transcurrido *(21/02/2026 3:35:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	5.722.800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	005	9 horas de tiempo transcurrido *(18/03/2026 6:01:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	4.902.000 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
☐	CUENTA DE COBRO ENERO_7073-2026.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO_7073-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO_7073-2026.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO_7073-2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA.zip	HOJA DE VIDA.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

7lOal3NViz

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

ANGELA MARÍA CANO ACEVEDO

1017140303

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACION DEL RIESGO

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

18 de marzo de 2026

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

SMART SUR

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL
BOGOTÁ

Iniciar Sesión

Percepción de ambiente organizacional (contratistas)



Este enlace está dirigido a las personas contratistas vinculadas a las entidades y organismos del Distrito Capital y corresponde a la medición distrital de clima laboral y ambiente organizacional 2026, un ejercicio institucional que permite conocer la percepción sobre las condiciones de trabajo, las relaciones laborales, la comunicación, el acompañamiento institucional y el entorno organizacional. Su propósito es generar información confiable que oriente la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejora a nivel institucional y distrital, en el marco de la Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano. La información recolectada es confidencial, se analiza de forma agregada y contribuye al fortalecimiento del bienestar, la calidad de vida laboral y la gestión pública en el Distrito Capital.

Fecha inicio medición:

2026-02-27 07:00:00

Fecha fin medición:

2026-05-31 23:59:00

SOPORTE TÉCNICO

Usted ya ha diligenciado el instrumento (**2026-03-25 18:00:14**), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.

Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia
Teléfono: (+57) 601 3680038
E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co

SOPORTE TÉCNICO