

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2026-04-01	<b>Hasta:</b>	2026-04-30
<b>Nombre del Contratista:</b>	MARIA CLARA GALLEGO ROBAYO		<b>Número de Documento:</b>	1032457366
<b>Correo Electrónico:</b>	mgallego66@uan.edu.co		<b>Número Telefónico:</b>	3167546776
<b>Nombre del Supervisor:</b>	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	<b>Código Grado:</b> - 242-25

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	6974-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	1675
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3-EBE				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS SANTA MARTA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A10JBT	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SAN BENITO	\$1712000	16.6%
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	\$7378400	71.4%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 9090400</b>	<b>NUEVE MILLONES NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS</b>		

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>		2025-10-02		<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>		2025-11-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>	
1	2025-11-27	2026-01-09	1	\$ 9316120	1957	
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 26935200	4	
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 5883880	449	
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 8978400	806	
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>		
1		OCTUBRE		\$ 5259200		

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>			
2	NOVIEMBRE	\$ 9170800	
3	DICIEMBRE	\$ 9588400	
4	ENERO	\$ 9138400	
5	FEBRERO	\$ 8850400	
6	MARZO	\$ 8978400	
7	ABRIL	\$ 9090400	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>
\$ 17956800		\$ 69070400	\$ 60076000
			<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
			\$ 8994400
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1	1. Efectuar la valoración médica integral de los usuarios en los diferentes escenarios de atención designados, lo que incluye Unidades de Reacción Inmediata (URI), estaciones de policía, recorridos nocturnos para habitantes de calle, hogares de paso y domicilios particulares.	Se realizo abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnostica	-Historia clínica digital. Plan de Cuidado Familiar.
2	2.Realizar actividades individuales de resolutiveidad en salud, contempladas en el plan de beneficios en salud, a fin de articular acciones que garanticen integralidad y continuidad en la atención bajo los principios de concurrencia y complementariedad.	-Se realizaron las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	-Informes, actas o documentos establecidos
3	3. Desarrollar cada valoración médica aplicando un enfoque biopsicosocial, diferencial y poblacional, que considere las particularidades físicas, emocionales, sociales y culturales de cada persona atendida.	-Se realizaron las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Historia clínica digital. Plan de Cuidado Familiar.
4	4.Realizar actividades individuales de resolutiveidad en salud, contempladas en el plan de beneficios en salud, a fin de articular acciones que garanticen integralidad y continuidad en la atención bajo los principios de concurrencia y complementariedad.	-Se desarrollaron las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas.	-Historia clínica digital. Plan de Cuidado Familiar.
5	5. Elaborar y registrar la historia clínica completa por cada atención, la cual debe contener como mínimo: anamnesis, revisión por sistemas, antecedentes, examen físico, análisis clínico, diagnósticos formulados y el plan de tratamiento o manejo a seguir.	-se diligencio correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizado la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS	-Historia clínica Aplicativo

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
6	6. Establecer, durante la primera visita presencial, el plan de automanejo con los pacientes que presentan patologías crónicas, concertando acciones de cuidado individual y familiar para promover la adherencia y el control de su condición.	-se realizo identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento	-Fichas de notificación
7	6. Registrar de manera obligatoria, completa y oportuna la totalidad de las atenciones realizadas en el aplicativo GTAPS y en el sistema de historia clínica de la Subred, utilizando los códigos de diagnóstico CIE-10 que correspondan para asegurar la calidad del registro clínico.	-se formularon y ejecutaron las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS y recomendaciones del coordinador.	-Informes, actas o documentos establecidos
8	7. Gestionar las remisiones de los usuarios a los servicios indicados en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y efectuar la notificación de los eventos de interés en salud pública al SIVIGILA o al subsistema que corresponda.	-Se registro oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad	-Historia clínica digital. Plan de Cuidado Familiar.
9	8. Realizar las consultas que han sido indicadas y autorizadas por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), conforme a la revisión de pertinencia y los lineamientos establecidos en la Resolución 3280 de 2018.	-Se registro la consulta diagnostica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud: esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar	-Historias clínicas digitales.
10	9. Brindar asistencia médica inmediata en situaciones de emergencia o urgencia que se presenten durante las intervenciones y activar, en caso de ser necesario, la remisión del usuario a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) a través de la línea 123.	-Se realiza la verificación que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atención individuales por momentos de curso de vida.	-Formulación de canalización a rutas de Promoción y Mantenimiento
11	10. Participar en las jornadas de atención en salud destinadas a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, como las personas privadas de la libertad, los ciudadanos habitantes de calle y los residentes de unidades de larga estancia de la Secretaría de Integración Social.	-Se da cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado de acuerdo a la matriz programática entregada por la secretaria de salud.	-Atención con calidad pertinencia y oportunidad, seguimiento y monitoreo a las poblaciones en territorios priorizados
12	11. Proveer educación en salud al usuario y a su núcleo familiar sobre su diagnóstico, el plan de tratamiento, los posibles efectos secundarios, los signos de alarma y las prácticas de autocuidado para fortalecer el seguimiento a las indicaciones médicas.	-se realizo identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento	-Fichas de notificación
13	12. Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	-se diligencio correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizado la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS	-Historia clínica Aplicativo

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
14	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-se formularon y ejecutaron las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS y recomendaciones del coordinador.	-Informes, actas o documentos establecidos

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 8978400	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	MARZO	2026	04	20	76431636	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					OCHO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 3591360	\$ 574618	\$ 575900
Salud						COMPENSAR EPS		\$ 448920	\$ 450000
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 87486	\$ 87700
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	<b>\$ 1042285</b>	<b>\$ 1113600</b>
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	20565867755			
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARIA CLARA GALLEGO ROBAYO		2026-04-20 22:42:05		
RECHAZADO SUPERVISOR					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2026-04-21 18:32:11		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARIA CLARA GALLEGO ROBAYO		2026-04-21 23:28:21		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2026-04-22 08:16:33		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-04-22 12:02:49		
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		2026-05-11 15:07:09		

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 Montilla*

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032457366	MARIA CLARA GALLEGRO ROBAYO		CR 22a # 27a 14 sur	6012782099	mgallegro@b@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76431636	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$3,591,360	\$1.185.700	

## 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	449.000	0		0		0	3	1.000	0	450.000	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	
230301	Porvenir	800224808-8	574.700	0	0	0	0	3	1.200	0	575.900	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	87.500				87.500	3	200	87.700			875	87.700	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	71.900	3	200	72.100	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	3	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	3	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	449.000	450.000
Pensión	1	574.700	575.900
Riesgos Laborales	1	87.500	87.700
CCF	1	71.900	72.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>1.183.100</b>	<b>1.185.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032457366	MARIA CLARA GALLEGRO ROBAYO		CR 22a # 27a 14 sur	6012782099	mgallegorob@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76431636	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$3,591,360	\$1.185.700	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Extranjero	Colum. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TAP	VP	SN	ICE	LMA	VAC	APP	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 1032457366	GALLEGO ROBAYO MARIA CLARA	59	0			N																230301	3.591.360	30	574.700	0	0	0	0	EPS008	3.591.360	30	449.000	14-11	3.591.360	30	3	87.500	CCF24	3.591.360	30	71.900	0	0	0	0	0

PAGADA



**¡Hola, Maria Clara gallego!**

**Estado de la Transacción:**

**Aprobada** ✓

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 1.185.700

**Empresa:** COMPENSAR-OI

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha de la transacción:** 20/04/2026

**CUS:** 240316842

Gracias por utilizar nuestro servicio.



- 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		
<input type="checkbox"/> CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6974-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6974-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6974-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6974-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6974-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6974-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA ENERO 2026 CTO 6974-2025.pdf	CUENTA ENERO 2026 CTO 6974-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO 2026 CTO 6974-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 CTO 6974-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> AD 2 PS 6974 2025.pdf	AD 2 PS 6974 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO 2026 CTO 6974-2025.pdf	CUENTA MARZO 2026 CTO 6974-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> documentos contratacion.zip	documentos contratacion.zip	Proveedor	Descargar	Detalle