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:**	2026-04-01	**Hasta:**	2026-04-30	
Nombre del Contratista:	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ		**Número de Documento:**	39582363	
Correo Electrónico:	marcelaleal2207@gmail.com		**Número Telefónico:**	3165524751	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7403-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	29800	$5483200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5483200**	**CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS 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	2025-11-14	2026-01-09	1	$ 5483200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 16449600	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 5483200	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	$ 5483200	803
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	OCTUBRE	$ 5483200
2	NOVIEMBRE	$ 5483200
3	DICIEMBRE	$ 5304400
4	ENERO	$ 5662000
5	FEBRERO	$ 5483200
6	MARZO	$ 5483200
7	ABRIL	$ 5483200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10966400	**$ 43865600**	**$ 38382400**	**$ 5483200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la Construcción del plan de acción de los programas de prevención y control de TB y Hansen.	Se realiza seguimiento al plan de acción y envió a la SDS	correo del envió del seguimiento al plan de acción
2	Participar en asistencias técnicas del programa de prevención y control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel central.	Se participa a las asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel Central.	Acta y listado de asistencia
3	Brindar Fortalecimiento de capacidades a talento humano en salud, enfatizando las instituciones con dificultades en la atención integral de pacientes con TB y Hansen.	-Se realiza fortalecimiento de capacidades a talento humano en salud en la atención integral de pacientes con TB y Hansen.	-Actas y listados de asistencia
4	Realizar proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen.	-Se realiza proceso de asistencia técnica con todo el talento humano del programa local de Tuberculosis y Hansen	-Acta y listado de asistencia
5	Generar acciones sectoriales e intersectoriales para la conmemoración del día mundial de la Tuberculosis y Lepra, así como, participar en aquellas convocadas desde el nivel central.	-Se realizo jornada de la conmemoración del día mundial de la Tuberculosis en la localidad de Usme	-Actas y listados de asistencia
6	Realizar la solicitud mensual de medicamentos para la Subred, a la Secretaría Distrital de Salud.	-Se realiza solicitud mensual de medicamentos para la Subred a la Secretaría Distrital de Salud.	-Formatos establecidos para la solicitud y envió por correo
7	Realizar Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible, farmacorresistente y Hansen, con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA),	-Se realiza Cruce del libro de pacientes de Tuberculosis sensible farmacorresistente y Hansen con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA	-Acta y listado de asistencia
8	Hacer Revisión de los libros de la subred cargados en el drive dispuesto por la Secretaría Distrital de Salud.	-Se realiza revisión de los libros de la Subred cargados en el drive dispuesto por la Secretaría Distrital de Salud.	-Libros de la Subred cargados en el drive

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Generar Reporte al nivel distrital de los informes solicitados en los formatos que corresponden, con calidad, veracidad, oportunidad y concordancia.	-Se realiza reporte mensual y trimestral al nivel distrital de los informes solicitados en los formatos establecidos.	-Informes reportados al correo de SDS
10	Realizar auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen.	-Se realiza proceso de auditoría interna al equipo del programa local de Tuberculosis y Hansen	-Acta y listado de asistencia
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Comité Distrital Tuberculosis y Hansen Reunión mensual del equipo GIPEPB convocada por la Líder. -Presentación auditoria enero y febrero 2026 a la firma auditora.	-Correos listado de asistencia y actas

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71996250	-		$ 5483200
2026	MARZO	2026	04	13				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2193280	$ 350925	**$ 362400**
Salud		NUEVA EPS		$ 274160	**$ 283200**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 53428	**$ 55200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 636534**	**$ 700800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	34148741869

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	2026-04-19 23:13:47
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-04-22 09:20:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-04-22 15:14:49
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 15:08:20

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	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@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
		71996250	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$700.800	

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	283.200	0		0		0	0	0	0	283.200	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	362.400	0	0	0	0	0	0		362.400	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	55.200				55.200	0	0	55.200			552	55.200	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	283.200	283.200
Pensión	1	362.400	362.400
Riesgos Laborales	1	55.200	55.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	700.800	700.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39582363	ADRIANA MARCELA LEAL GOMEZ	KR 13 A BIS 50 B 21 SUR	3208322404	marcelaleal2207@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
		71996250	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$700.800	

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 39582363	LEAL GOMEZ ADRIANA MARCELA	59	0			N																	230301	2.265.000	30	362.400	0	0	0	0	EPS037	2.265.000	30	283.200	14-11	2.265.000	30	3	55.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bancolombia

Comprobante en línea

12 Abr 2026 20:29:25

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 218028602

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
186.85.240.5

Fecha
12 Abr 2026 20:29:25

Referencia 2
CC

Número de factura
71996250

Referencia 3
39582363

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$700.800

Número de comprobante
TR2028168602

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1869**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 < Evalua

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		
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 7403-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 7403-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7403-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7403-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 7403-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 7403-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 7403-2025.pdf	CUENTA ENERO CTO 7403-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7403 2025.pdf	PS 7403 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 7403 2025.pdf	AD 2 PS 7403 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 7403-2025.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 7403-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 7403-2025.pdf	CUENTA MARZO CTO 7403-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >