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:**	2026-05-01	**Hasta:**	2026-05-31	
Nombre del Contratista:	SHARON JULIETH NARANJO CICUAIMIA		**Número de Documento:**	1026303083	
Correo Electrónico:	naranjocicuamia@gmail.com		**Número Telefónico:**	3206388932	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7482-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 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
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	16	26300	$5260000	108.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5260000**	**CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL 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	$ 5943800	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 15780000	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 4839200	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	$ 6943200	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	$ 5260000	1045
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	OCTUBRE	$ 4839200
2	NOVIEMBRE	$ 5943800
3	DICIEMBRE	$ 4681400
4	ENERO	$ 6259400
5	FEBRERO	$ 4839200
6	MARZO	$ 5891200
7	ABRIL	$ 5891200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9678400	**$ 48444600**	**$ 38345400**	**$ 10099200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar investigación epidemiológica de campo (iec) de eventos de interés en salud publica en salud mental	Al momento se llevan 30 IEC efectivas de las cuales 22 se encuentran completas en la carpeta, como pendiente de realizar 8 IEC para completar lo solicitado al mes las cuales son 32 y ese de meta final con adicionales, casos de los diferentes subsistema SISVECOS y SIVELCE. Realización de IEC presencial y los seguimientos telefónicos del evento informado de acuerdo al lineamiento en vigencia, casos correspondientes al mes de marzo de 2026.	Se adjuntan soportes drive.
2	Realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes.	Diligenciamiento de bases de control y actualización de casos en aplicativo, casos fallidos no facturados y casos facturados de los subsistemas SISVECOS y SIVELCE.	Bases de control y actualización de datos aplicativos de cada subsistema.

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	Registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	Diligenciamiento de bases de control, entrega de productos formato pdf y actualización de aplicativo con información correspondiente.	Diligenciamiento de bases de control de casos, entrega de productos formato pdf y actualización de aplica
4	Identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad, reportando a los entes competentes.	Se realizan 29 canalizaciones y remisiones a entidades, de acuerdo con cada uno de los casos proporcionados y las necesidades de las familias abordadas, para los 30 casos efectivos.	Se realiza 29 canalizaciones y remisiones a entidades, de acuerdo a calidad.
5	Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	Al momento se llevan 31 canalizaciones, las cuales están distribuidas en localidades 19 Ciudad Bolívar, 6 Tunjuelito y 4 Usme.	Informe de notificación con soporte por correo electrónico.
6	Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	Se participo en la jornada de fortalecimiento del subsistema de Salud Mental la cual se llevó a cabo el día 22 de mayo del 2026 frente a la solicitud de lineamiento para su cumplimiento.	Anexada en cronograma de actividades..
7	Realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable.	Se realiza cruce de información para la verificación de la información realizada en el IEC de cada variable, por medio de consulta de aplicativos de PAI, comprobados de derechos ADRES y solicitud de datos a las EAPB. y cargas correspondientes en aplicativo.	Correos electrónicos, enlace de asistencias y actas de reuniones y cargues a corde a cronograma.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Se realizo participación en reunión del componente de Salud Mental programada el día 22 de mayo, Así mismo como participación en reentrenamiento para canalizaciones y uso del portafolio de servicios brindado según cronograma de actividades.	Soporte anexo.
9	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.	Se realizó envío de carpetas en pdf de acuerdo a Los criterios establecidos y diligenciamiento de las bases de control, junto con entrega de consentimientos informados y actualización en aplicativos correspondientes.	Carpetas en PDF organizadas por localidad y subsistema según criterio establecido.
10	Realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	Esta actividad no se aplica en el período.	No aplica el periodo.
11	Realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	Esta actividad no se aplica en el período.	No aplica el periodo.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	Asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E.	Se realiza entrega de IEC cerrados a la fecha y ejecutados teniendo en cuenta el lineamiento establecido.	Diligenciamiento de bases de control de casos y entrega en pdf, entrega de consentimientos informados y
13	Hacer 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	Se utilizan los insumos entregados por la sub red sur, de acuerdo a la planeación y Fines pertinentes. Y uso de vehículo acorde a tiempos establecidos en cronograma.	Se utilizan los insumos entregados por la sub red sur, de acuerdo a la planeación y Fines pertinentes.
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se anexa enlace a evidencia de los productos desarrollados y proyectados para el mes de febrero, repartidos por entrega semanal según meta.	Enlace a evidencia adjunta. my.sharepoint.com/:f:/g/personal/saludmentalvsp_subredsur_gov_co/IgDCRuUhHhQtRrJ_SsE6N2cOAV

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	$ 5891200
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	82202940	-		
2026	**ABRIL**	**2026**	**05**	**11**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2356480	$ 377037	**$ 377100**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 294560	**$ 294600**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 57404	**$ 57500**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 683898**	**$ 729200**

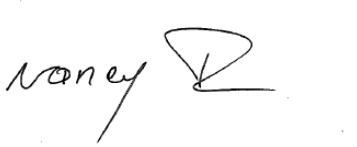
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	550488419175093

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	2026-05-28 11:06:14
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2026-05-28 14:41:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-05-29 11:55:42

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.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

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	1026303083	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	KR 5 ESTE 2A 09	3206388932	naranjocicuamia@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
		82202940	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$2,356,480	$776.400	

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	294.600	0		0		0	0	0	0	294.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	377.100	0	0	0	0	0	0		377.100	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	57.500				57.500	0	0	57.500			575	57.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	47.200	0	0	47.200	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	294.600	294.600
Pensión	1	377.100	377.100
Riesgos Laborales	1	57.500	57.500
CCF	1	47.200	47.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	776.400	776.400

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	1026303083	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	KR 5 ESTE 2A 09	3206388932	naranjocicuamia@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
		82202940	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$2,356,480	$776.400	

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	Excepción	IND	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 1026303083	NARANJO CICUAMIA SHARON JULIETH	59	0			N								X									230201	2.356.480	30	377.100	0	0	0	0	EPS008	2.356.480	30	294.600	14-11	2.356.480	30	3	57.500	CCF24	2.356.480	30	47.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

< E

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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 2025 CTO7482-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2026 CTO7482-2025.pdf	CUENTA ENERO 2026 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2026 CTO7482-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA.zip	HOJA DE VIDA.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026 CTO7482-2025.pdf	CUENTA MARZO 2026 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 7482 2025.pdf	AD 2 PS 7482 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2026 CTO7482-2025.pdf	CUENTA ABRIL 2026 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Eliminar seleccionados | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación del comprador >

1:05



Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

El formulario se creó en Bogotá es TIC.
¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

docs.google.com