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:	LUZ MERY SAAVEDRA HILARION		**Número de Documento:**	52291106	
Correo Electrónico:	luz_auxiliar@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3138838634	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6912-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1675
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	16200	$2980800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2980800**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30

No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-27	2026-01-09	1	$ 3875040	1957
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 8942400	4
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 2086560	449
4	2026-04-15	2026-05-31	4	$ 2980800	806
5	2026-05-15	2026-06-30	5	$ 2980800	1046

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 2980800
2	NOVIEMBRE	$ 2980800
3	DICIEMBRE	$ 2980800
4	ENERO	$ 2980800
5	FEBRERO	$ 2980800
6	MARZO	$ 2980800
7	ABRIL	$ 2980800
8	MAYO	$ 2980800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5961600	**$ 26827200**	**$ 23846400**	**$ 2980800**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Brindar apoyo en actividades de autocuidado a las personas mayores identificadas en situación de soledad social.	----------Se brindo educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación	-(Relevo) - ---- ---Sistema de información aplicativo de SDS
2	Realizar acompañamiento en visitas domiciliarias como parte del equipo de intervención para personas mayores.	-----Diligencie de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando	-calidad y -veracidad de los mismos -- Formato de firmas
3	Realizar el seguimiento y la ejecución de las acciones prácticas definidas en el Plan de Bienestar de la persona mayor.	----En este mes no se realiza activación de ruta, derivaciones y notificación de eventos de interés en salud pública	--- --Sistema de información aplicativo de SDS
4	Sustituir temporalmente a la persona cuidadora de una persona con discapacidad para ofrecerle espacios de descanso, tiempo libre o desarrollo de proyectos personales.	-----Se realiza registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	-- - - -Sistema de información aplicativo de SDS
5	Brindar apoyo a la persona con discapacidad en su autocuidado, movilidad y actividades básicas de la vida diaria durante las sesiones de respiro al cuidador.	------Participe en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	--- formato de firmas de asistencia
6	Realizar acompañamiento a la persona con discapacidad durante las sesiones, bajo la supervisión del profesional de enfermería.	------Tengo adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-----Sistema de información aplicativo de SDS
7	Articular con el terapeuta y el agente de cambio la identificación de las familias que serán beneficiarias del servicio.	-----Se realizo el alistamiento de preauditoria sobre mis productos asinados - -------Sistema de información aplicativo de SDS	- - -------Sistema de información aplicativo de SDS

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Contribuir a impactar positivamente la salud y el bienestar de la persona cuidadora y de la persona con discapacidad.	------Realice actividades propias de mi perfil como auxiliar de enfermería como brindar educación en .Hábitos de vida saludable, lavado de manos, signos y síntomas de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes mellitus tipo	----Sistema de información aplicativo de SDS
9	Informar al equipo profesional sobre cualquier novedad o cambio en la condición de la persona atendida.	--Se realizaron actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.	------Sistema de información aplicativo de SDS
10	Registrar las actividades realizadas en los formatos correspondientes, asegurando la trazabilidad de la atención.	------Diligencie de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.),	------garantizando calidad y veracidad de los mismos. Formato de firmas
11	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 brindo educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo)	---Sistema de información aplicativo de SDS
12	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	------Diligencie de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos.	--- -----Formato de firmas

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	$ 2980800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9503205460	-		
2026	ABRIL	2026	05	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1750905	$ 280145	**$ 281500**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 218863	**$ 219900**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 544300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550004800564371

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ MERY SAAVEDRA HILARION	2026-05-25 21:02:13
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-05-28 12:13:10
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-05-28 14:15:47
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	2026-06-11 18:31:25

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

ortesenlinea.com

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	181.61.204.200
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9503205460
Valor:	555,000
Período de pago:	2026-04
No Transacción (CUS):	298044931
Fecha:	2026/05/11
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9503205460
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52291106		SAAVEDRA HILARION LUZ MERY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 108 22 k 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138838634	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	298044931	9503205460	I	2026/05/05	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	6	$555,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	52291106	SAAVEDRA LUZ	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$10,600	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52291106		SAAVEDRA HILARION LUZ MERY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 108 22 k 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138838634	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	298044931	9503205460	I	2026/05/05	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	6	$555,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$200	$0	$42,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,600	$100	$0	$10,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$10,600	$100	$0	$10,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
TOTAL				1	$552,400	$2,600	$0	$555,000

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		
☐	ARL SURA 52291106 CTO 6912-2025.pdf	ARL SURA 52291106 CTO 6912-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6912-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6912-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6912-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6912-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6912-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6912-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2026 CTO 6912-2025.pdf	CUENTA ENERO 2026 CTO 6912-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2026 CTO 6912-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 CTO 6912-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 6912 2025.pdf	AD 2 PS 6912 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026 CTO 6912-2025.pdf	CUENTA MARZO 2026 CTO 6912-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2026 CTO 6912-2025.pdf	CUENTA ABRIL 2026 CTO 6912-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Documentos contratacion.rar	Documentos contratacion.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >



Powered by CamScanner