

**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>	2026-05-01	<b>Hasta:</b>	2026-05-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	YURI CAROLINA MEDINA TORRES		<b>Número de Documento:</b>	1022945110
<b>Correo Electrónico:</b>	carolinanafr@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3219903964
<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>	7353-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	1678
<b>Perfil:</b>	TECNICO 1 PIC				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS CANDELARIA LA NUEVA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	16200	\$2980800	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2980800</b>	<b>DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS 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	2025-11-14	2026-01-09	1	\$ 2980800	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 8942400	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 2980800	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 2980800	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 3078000	1045

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>			
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	OCTUBRE	\$ 2980800	
2	NOVIEMBRE	\$ 2980800	
3	DICIEMBRE	\$ 2883600	
4	ENERO	\$ 3078000	
5	FEBRERO	\$ 2980800	
6	MARZO	\$ 2980800	
7	ABRIL	\$ 2980800	
8	MAYO	\$ 2980800	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
<b>\$ 5961600</b>	<b>\$ 26924400</b>	<b>\$ 23846400</b>	<b>\$ 3078000</b>
<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	Participar de la implementación de sesiones socioeducativas, con grupos, organizaciones y demás formas de expresión en los diferentes entornos y procesos al interior de la implementación del PSPIC.	-Se realiza entrega de productos semanal para digitación, esto corresponde a las matrices según lo realizado de forma semanal.	-formatos de sesiones colectivas y drive
2	Sistematizar información recolectada en las herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-se realizan treinta (30) piezas comunicativas en temas solicitados y de interés para la población LGBTI entre estas imágenes y folletos de información	-folletos de educación e imágenes
3	Realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, Sífilis y Hepatitis B para Realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, Sífilis y Hepatitis B con resultado positivo.	-Se realizará asesorías en salud según la necesidad de cada usuario en las diferentes localidades dirigidas a población LGBTI (30 asesorías)	-formato de sesiones colectivas
4	Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación identificar el riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.	-Se realizan acciones pedagógicas parchando en las localidades de ciudad bolívar, Usme Tunjuelito dirigidas a población LGBTI (9) actividades pedagógicas	-Formato de sesiones colectivas y ficha técnica
5	identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios.	-Acompañamiento en apropiación territorial para identificación de la población LGBTI por localidades 10 recorridos	-Formatos de sesiones colectivas y ficha técnica
6	Realizar asesorías pretest, post-test y tamizaje VIH, y test Sífilis.	-Se realizan pruebas de VIH y sífilis a población LGBTI (200 pruebas) VIH SIFILIS Y 200 de HEPATITS B	-Formatos SISCO

<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>
7	canalizar y activar las diferentes rutas integrales de atención en salud.	-Se realiza canalizaciones a servicios de salud 6 canalizaciones	-2 asistencias técnicas por SDS
8	Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	- 2 Asistencias técnicas por SDS	--Reunión virtual con formulario de asistencia
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se realiza gestión documental de mes auditado según lo solicitado por el líde	-Alfombras y actos de entrega
10	Realizar toma de medidas antropométricas, cifras tensionales, y brinDar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en acciones seguras y saludables.	-Se realiza seguimiento a casos reactivos para VIH y positivos para sífilis del mes anterior y actuales 9 seguimientos	-Formato SISCO y base en driver
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Cursos para fortalecer las capacidades según perfil	-Certificado del curso

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				
2026	ABRIL	2026	05	21	76847841	-		
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	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 283300
Salud					NUEVA EPS		\$ 218863	\$ 221300
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 43200
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 547800</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550009400845203

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YURY CAROLINA MEDINA TORRES	2026-05-20 21:54:25
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-05-26 18:46:55
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-05-27 10:56:25
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	2026-06-12 01:30:34

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**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022945110	YURI CAROLINA MEDINA TORRES		Carrera 6c este 91 12 sur	3219903964	carolinanafr@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
<b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b>						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76847841	21/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$547.800	

## 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	218.900	0		0		0	15	2.400	0	221.300	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	280.200	0	0	0	0	15	3.100	0	283.300	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	15	500	43.200			427	43.200	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
<b>SENA</b>				
0	15	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	15	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	218.900	221.300
Pensión	1	280.200	283.300
Riesgos Laborales	1	42.700	43.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>547.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022945110	YURI CAROLINA MEDINA TORRES		Carrera 6c este 91 12 sur	3219903964	carolinanafr@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
		76847841	21/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$547.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UP	UPP	UPA	SEN	ISE	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 1022945110	MEDINA TORRES YURI CAROLINA		59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

< 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		
<input type="checkbox"/> AD 2 PS 7353 2025.pdf	AD 2 PS 7353 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA OCTUBRE CTO 7353-2025..pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 7353-2025..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA NOVIEMBRE CTO 7353-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7353-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DICIEMBRE CTO 7353-2025..pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 7353-2025..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ENERO CTO 7353-2025.pdf	CUENTA ENERO CTO 7353-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO CTO 7353-2026.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 7353-2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA.zip	HOJA DE VIDA.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO CTO 7353-2026..pdf	CUENTA MARZO CTO 7353-2026..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL CTO 7353-2026.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7353-2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >