

**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>	DINA MARITZA MORALES PALACIOS		<b>Número de Documento:</b>	1024524132
<b>Correo Electrónico:</b>	dinamorales2010@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3125725228
<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>	7055-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	1675
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-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
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	\$5158500	96%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 5158500</b>	<b>CINCO MILLONES CIENTOCINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS</b>		

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>		2025-10-03		<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	\$ 6856200	1957	
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 16122000	4	
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 3384800	449	
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 5374000	806	
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 5374000	1046	
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>		
1		OCTUBRE		\$ 5244000		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	NOVIEMBRE	\$ 5244000
3	DICIEMBRE	\$ 5244000
4	ENERO	\$ 5257000
5	FEBRERO	\$ 5244000
6	MARZO	\$ 5244000
7	ABRIL	\$ 5244000
8	MAYO	\$ 5158500

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10748000	\$ 47859000	\$ 41879500	\$ 5979500

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 1. Implementar las estrategias de acompañamiento en salud mental, como "Confróntate 7" y "Fortalecimiento de Pautas de Crianza", adaptando las metodologías y contenidos a las realidades socioculturales de las familias de Sumapaz.	-APROPIACION DE LINEAMIENTO Y ACLARACION DE DUDAS	-APROPIACION DE LINEAMIENTO Y ACLARACION DE DUDAS
2 2. Realizar actividades individuales de resolutivez 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.	-APROPIACION DE LINEAMIENTO Y ACLARACION DE DUDAS	--DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO E HC
3 3. Brindar apoyo psicológico en casos de duelo, integrando las redes de apoyo comunitarias y las prácticas culturales propias del entorno rural en las estrategias de afrontamiento.	-APROPIACION DE ESTRATEGIA SEGUN LINEAMIENTO	-VISITAS A USUARIO APLICACION DE ESTRATEGIA DILIGENCIAMIENTO EN APLICATIVO
4 4. Realizar el acompañamiento psicosocial a mujeres en riesgo de feminicidio, diseñando planes de seguridad y activando rutas de protección que sean operativas en un contexto de dispersión geográfica y barreras de acceso.	-APROPIACION Y ACCIONES DE APLICATIVO	-DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO Y APLICACION DE PRUEBAS
5 5. Aplicar e interpretar los tamizajes de salud mental, considerando los determinantes sociales y estresores específicos del contexto rural que puedan influir en los resultados.	-APROPIACION Y ACCIONES DE APLICATIVO	-DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO Y APLICACION DE PRUEBAS
6 6. Concertar, implementar y realizar el seguimiento al Plan de Bienestar en salud mental con cada familia, ajustándolo a los recursos disponibles y a las posibilidades de acceso a servicios en la ruralidad.	-APROPIACION Y ACCIONES DE APLICATIVO	-INGRESO APLICATIVO GTAPS Y H

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

<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	7. Implementar estrategias de teleasistencia para dar continuidad al cuidado y realizar seguimientos a distancia cuando el desplazamiento no sea posible.	--APROPIACION DE APLICATIVO	-DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS Y APLICATIVO
8	8. Establecer alianzas con referentes comunitarios y actores locales para facilitar el acceso a las familias y fortalecer las redes de apoyo para la salud mental.	-APROPIACION DE LINEAMIENTO Y ESTRATEGIAS	-DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS Y INGRESO APLICATIVO
9	8. Establecer alianzas con referentes comunitarios y actores locales para facilitar el acceso a las familias y fortalecer las redes de apoyo para la salud mental.	-APROPIACION DE LINEAMIENTO LECTURA	--ACTAS DE APROPIACION INGRESO APLICATIVO
10	9. Brindar educación para la salud mental con pertinencia cultural, adaptada a los saberes y prácticas de la comunidad de Sumapaz.	--EDUCACION Y APROPIACION DE LINEAMIENTO	-DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO Y ACTA
11	10. Articular con las instituciones de salud locales para la referencia y contrarreferencia efectiva de los usuarios que requieran atención de mayor complejidad.	--COMPRENCION DE ACTIVIDADES Y EJECUCION	-INGRESO DE APLICATIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS
12	11. Registrar todas las intervenciones en el aplicativo GTAPS y en la historia clínica, documentando las adaptaciones realizadas para el abordaje en el territorio rural.	-INGRESO DE INFORMACION SUMINISTRADA EN CADA VISITA	-SUMINISTRADA EN CADA VISITA INGRESO DE INFORMACION A APLICATIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE HC
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.	-INGRESO DE INFORMACION SUMINISTRADA EN CADA VISITA	-ACTAS DE EVIDENCIA Y FIRMA DE FORMATO
14	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-ACTAS DE FORTALECIMIENTO	--ENTREGA DE ACTAS Y Y FORMATOS

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	\$ 5244000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	11	76167423	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2097600	\$ 335616	\$ 336500
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 262200	\$ 262900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 51098	\$ 51300
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 608765</b>	<b>\$ 650700</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	004500197472		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DINA MARITZA MORALES PALACIOS		2026-05-25 00:55:34		
RECHAZADO SUPERVISOR				YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2026-05-30 09:18:47		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DINA MARITZA MORALES PALACIOS		2026-05-30 12:08:25		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2026-05-30 14:59:36		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-05-30 18:29:03		
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 03:04:10		

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.

*Handwritten signature: Yoland Janneth Montilla*

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



BANCO\_DAVIVIENDA@davivienda.com

Para: DINA\_MARITZA\_2008@HOTMAIL.COM

Responder Responder a todos Reenviar

Lun 11/05/2026 3:30 PM



Apreciado(a) DINA MARITZA:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en \*\*\*\*7472:

Fecha: 2026/05/11

Hora: 15:30:40

Valor Transacción: \$692,800

Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,

Lugar de Transacción: PSE COMPENSAR-OI

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

BANCO DAVIVIENDA S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024524132	DINA MARITZA MORALES PALACIOS		carrera 24 b # 42c47 sur	3023886544	dinamorales2010@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76167423	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,102,800	\$692.800	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	262.900	0		0		0	0	0	0	262.900	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	336.500	0	0	0	0	0	0		336.500	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	51.300				51.300	0	0	51.300			513	51.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.100	0	0	42.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	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	262.900	262.900
Pensión	1	336.500	336.500
Riesgos Laborales	1	51.300	51.300
CCF	1	42.100	42.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>692.800</b>	<b>692.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024524132	DINA MARITZA MORALES PALACIOS		carrera 24 b # 42c47 sur	3023886544	dinamorales2010@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
		76167423	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,102,800	\$692.800	

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	IP	IP	IP	SEN	IGE	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 1024524132	MORALES PALACIOS DINA MARITZA		57	0			N																	230201	2.102.800	30	336.500	0	0	0	0	EPS005	2.102.800	30	262.900	14-11	2.102.800	30	3	51.300	CCF24	2.102.800	30	42.100	0	0	0	0	0

PAGADA

- 1 Modificación del contrato
- 2 Información general
- 3 Condiciones
- 4 Bienes y servicios
- 5 Documentos del Proveedor
- 6 Documentos del contrato
- 7 Información presupuestal
- 8 Ejecución del Contrato**
- 9 Modificaciones del Contrato
- 10 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?  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					

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 7055-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 7055-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 7055-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 7055-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 7055-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 7055-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> DOCUMENTOS CONTRATACION 2025.zip	DOCUMENTOS CONTRATACION 2025.zip	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ENERO 2026 CTO 7055-2025.pdf	CUENTA ENERO 2026 CTO 7055-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO 2026 CTO 7055-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 CTO 7055-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO 2026 CTO 7055-2025.pdf	CUENTA MARZO 2026 CTO 7055-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> AD 2 PS 7055 2025.pdf	AD 2 PS 7055 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL 2026 CTO 7055-2025.pdf	CUENTA ABRIL 2026 CTO 7055-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

5:42 4

H+ 68 %



docs.google.com/f



BOGOTÁ

**PIMS**

PLAN INTEGRAL DE  
MOVILIDAD SOSTENIBLE

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

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.  
¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios