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:**	2026-06-01	**Hasta:**	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	YENNIT ALEXANDRA RUIZ ALDANA		**Número de Documento:**	1026265590	
Correo Electrónico:	alexaruizcentrooriente@gmail.com		**Número Telefónico:**	3156997343	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4914-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	1046
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	2026-06-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2980800	**$ 2980800**	**$ 0**	**$ 2980800**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2026

1	1. Realizar la caracterización social y ambiental de las viviendas asignadas, diligenciando los 8 módulos del formato correspondiente.	-Formatos de caracterización diligenciados. Identificación de condiciones sociales, ambientales y factores de riesgo en las viviendas.	-PLANILLA DE FAMILIAS CON PLAN DE BIENESTAR Y RETROALIMENTACION EN APLICATIVO GTAPS
2	2. Registrar la información de la caracterización en los sistemas de información, asegurando la calidad y completitud de los datos.	-Registros actualizados en los sistemas de información GTAPS	-Verificación de calidad, consistencia y completitud de los datos en aplicativo GTAPS
3	3. Concertar y formular con las familias el componente de salud ambiental del Plan de Bienestar, priorizando los riesgos identificados.	-Planes de Bienestar elaborados y concertados con priorización de riesgos y definición de compromisos familiares.	-Planes de Bienestar elaborados y concertados con priorización de riesgos y definición de compromisos familiares.
4	4. Implementar el Plan de Bienestar mediante visitas domiciliarias, desarrollando espacios de educación en salud ambiental sobre los riesgos priorizados.	-Registros de visitas y seguimientos realizados. Educación sobre temas ambientales.	-Registros de visitas y seguimientos realizados en aplicativo GTAPS y planilla de familias con plan de bienestar.
5	5. Diseñar e implementar unidades demostrativas en salud ambiental, como huertas caseras, de manera participativa con las familias.	-Registros fotográficos y formatos de seguimiento. Asesoría para huertas caseras y prácticas saludables en el hogar.	-Registros fotográficos y formatos de seguimiento. Asesoría para huertas caseras y prácticas saludables en el hogar.
6	6. Realizar el seguimiento a los compromisos del Plan de Bienestar y al avance de las unidades demostrativas en cada visita.	-Formatos de seguimiento diligenciados. Retroalimentación y fortalecimiento de acciones de mejora.	-Formatos de seguimiento diligenciados. Retroalimentación y fortalecimiento de acciones de mejora.
7	7. Promover la vacunación antirrábica de animales de compañía y canalizar los casos de tenencia inadecuada al IDPYBA.	-Registros de orientación y canalizaciones realizadas. Identificación y reporte de situaciones que requieren atención institucional.	-Registros de orientación y canalizaciones realizadas. Identificación y reporte de situaciones que requieren atención institucional.
8	8. Fortalecer las habilidades de las familias para la identificación de riesgos en salud ambiental, especialmente en temporadas de alto riesgo.	-Registros de orientación y canalizaciones realizadas. Identificación y reporte de situaciones que requieren atención institucional.	-Registros de orientación y canalizaciones realizadas. Identificación y reporte de situaciones que requieren atención institucional.
9	9. Canalizar las quejas de las familias sobre ruido, olores o contaminación del aire a las instancias de vigilancia correspondientes.	-Registros de educación y seguimiento. Sensibilización sobre prevención y mitigación de riesgos ambientales.	-Registros de educación y seguimiento. Sensibilización sobre prevención y mitigación de riesgos ambientales.
10	10. Realizar la visita de cierre para la evaluación final del Plan de Bienestar, diligencia	-Registros de canalización y seguimiento. Remisión a las entidades competentes según el caso.	-Registros de canalización y seguimiento. Remisión a las entidades competentes según el caso.
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionalesndo el apartado de evaluación del instrumento de caracterización.	inducción y fortalecimientos	-listado de asistencia y acta
12	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.	-asistencia a reuniones y comites	-listado de asistencia y acta
13	12.Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa	informe de población intervenida	-drive de cuadro poblacional

© Siasur - 2026

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	90341811	-		
2026	MAYO	2026	06	10				
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	PROTECCIÓN	$ 1750905	$ 280145	**$ 288000**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 218863	**$ 225000**
ARL	3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		$ 42652	**$ 43900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 556900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	455970019291

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YENNIT ALEXAN YENNIT ALEXAN	2026-06-19 23:53:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-06-22 21:26:29
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-06-26 17:13:50

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	1026265590	YENNIT ALEXANDRA RUIZ ALDANA	CRA 55 # 2 - 24	4205441	ALEXARUIZ2505@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
		90341811	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,800,000	$567.700	

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	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	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	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	43.900				43.900	0	0	43.900			439	43.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.800	0	0	10.800	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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	1	10.800	10.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	567.700	567.700

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	1026265590	YENNIT ALEXANDRA RUIZ ALDANA	CRA 55 # 2 - 24	4205441	ALEXARUIZ2505@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
		90341811	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,800,000	$567.700	

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	Excenvalo	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 1026265590	RUIZ ALDANA YENNIT ALEXANDRA	59	0			N																	230201	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	30	225.000	14-23	1.800.000	30	3	43.900	CCF24	1.800.000	30	10.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
379266245

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
10/06/2026

Número de aprobación
00266245

Dirección IP
181.61.247.30

Valor transacción
$ 567.700,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.61.247.30	CC	1026265590

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.17412567
Número del contrato	4914-2026
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	16 días de tiempo transcurrido *(1/06/2026 9:17:20 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	12 días para terminar *(30/06/2026 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	30 Días
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(•) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (•) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (•) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (•) No
Reversión	( ) Sí (•) No

Entidad Estatal

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**

COLOMBIA, Bogotá

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

YENIT ALEXANDRA RUIZ ALDANA

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
YENNIT ALEXANDRA RUIZ ALDANA	davivienda	Ahorros	455970019291

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *YENNIT ALEXANDRA RUIZ ALDANA* ***Fecha de aprobación:*** *1/06/2026 4:57:13 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:	*REYES MURILLO HIGUERA*	***Fecha de aprobación:***	*1/06/2026 9:16:20 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_9542010_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_9542010_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Proceso de Contratación	RUIZ ALDANA YENNIT ALEXANDRA
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	2.980.800,00 COP

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
379266245

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
10/06/2026

Número de aprobación
00266245

Dirección IP
181.61.247.30

Valor transacción
$ 567.700,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.61.247.30	CC	1026265590

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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

< 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		
☐	siarp-report+2026-06-04+15-28 (1).pdf	siarp-report+2026-06-04+15-28 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >