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:	GIOVANNY PALACIOS PALACIOS		**Número de Documento:**	1000378700	
Correo Electrónico:	giovannypalacios123@gmail.com		**Número Telefónico:**	3203381062	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6880-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1675
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-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	179	0	22800	$4081200	90.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4081200**	**CUATRO MILLONES OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS 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	$ 5453760	1957
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 12585600	4
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 2663040	449
4	2026-04-15	2026-05-31	4	$ 4195200	806
5	2026-05-15	2026-06-30	5	$ 4195200	1046

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 4195200
2	NOVIEMBRE	$ 3921600
3	DICIEMBRE	$ 4195200
4	ENERO	$ 4195200
5	FEBRERO	$ 4195200
6	MARZO	$ 3876000
7	ABRIL	$ 4104000
8	MAYO	$ 4081200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8390400	**$ 37483200**	**$ 32763600**	**$ 4719600**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la valoración integral del estado funcional de las personas con discapacidad o limitación funcional, aplicando instrumentos como el WHODAS y Barthel.	-Realice la evaluación integral del estado funcional de las personas con discapacidad o limitación funcional, aplicando instrumentos como el WHODAS y Barthel.	-aplicativo siasur
2	Diseñar y concertar el Plan de Bienestar y participación familiar, definiendo prioridades y compromisos para mejorar la funcionalidad y autonomía.	-Diseñar y concertar el Plan de Bienestar y participación familiar, definiendo prioridades y compromisos para mejorar la funcionalidad y autonomía.	Formato de firmas
3	Implementar y realizar el seguimiento al plan de cuidado, identificando avances, logros y dificultades en sesiones presenciales o telefónicas.	-Implementar y realizar el seguimiento al plan de cuidado, identificando avances, logros y dificultades en sesiones presenciales o telefónicas.	-formato de firmas
4	Orientar a la familia sobre el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, incluyendo estrategias de afrontamiento y adaptaciones ambientales.	-Orientar a la familia sobre el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, incluyendo estrategias de afrontamiento y adaptaciones ambientales.	-formato de firmas
5	Promover y guiar la elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad que fortalezcan la independencia de la persona con discapacidad.	-Promover y guiar la elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad que fortalecen la independencia de la persona con discapacidad.	formato defirmas
6	Ejecutar la "Sesión para la Autonomía Cotidiana" en las Casas MAS Bienestar, orientada a mantener la funcionalidad, promover la independencia y favorecer la adaptación al entorno.	-Ejecutar la "Sesión para la Autonomía Cotidiana" en las Casas MAS Bienestar, orientada a mantener la funcionalidad, promover la independencia y favorecer la adaptación al entorno.	-formato de firmas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Fomentar el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y activar las rutas de atención social y sanitaria necesarias.	-Fomentar el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y activar las rutas de atención social y sanitaria necesarias.	-formato de firmas
8	Evaluar el cumplimiento del plan de cuidado al cierre del proceso y reaplicar los instrumentos de valoración para medir los cambios.	-Evaluar el cumplimiento del plan de cuidado al cierre del proceso y reaplicar los instrumentos de valoración para medir los cambios.	-formato de fimas
9	Articular con el Agente de Cambio para facilitar la vinculación de las familias a redes de apoyo comunitarias.	-Articular con el Agente de Cambio para facilitar la vinculación de las familias a redes de apoyo comunitarios.	-formato de firmas
10	Registrar todas las valoraciones, planes, seguimientos y cierres en el aplicativo GTAPS y demás herramientas dispuestas.	-Registra todas las valoraciones, planos, seguimientos y cierres en el aplicativo GTAPS y demás herramientas dispuestas.	-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.	-Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	-formato de firmas
12	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales	-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**	$ 4104000
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	76585194	-		
2026	**ABRIL**	**2026**	**05**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CUATRO MILLONES CIENTOCUATRO MIL PESOS**						
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1750905	$ 280145	**$ 281500**
Salud					EPS SÁNITAS		$ 218863	**$ 219900**
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42900**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 544300**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	16833919729

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GIOVANNY PALACIOS PALACIOS	2026-05-28 17:04:37
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-05-29 19:44:58
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-05-30 10:30:59
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 22:08:21

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

Practi
Comprobante de Pago
Id de Transaccion:1087702752,
Fecha:2026-03-09 16:50:24,
Producto:Facturas
Numero:3203381062
Monto:$544,300
Respuesta:Pago Exitoso
Codigo autorizacion:137377514
Nota:
Banco:Colpatria
Tipo Transaccion:Recaudo Factura
Codigo Convenio:0344
Nombre Convenio:COMPENSAR
PLANILLA
Referencia 1:8376585194
Valor Transaccion:544,300
Costo Transaccion:0
Total:544,300
terminal:295220
comercio:15034
ciudad:chia
direccion:km 32 cajica chia
Codigo Auth:803745
Id Transaccion:137377514
Url:https://recargas.practisistemas.
h=a1e68a74005ead72
Reenviar SMS
Vuelva Pronto! Gracias.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): GIOVANNY PALACIOS PALACIOS
No. Identificación: CC1000378700
Dirección: CR 98 B#73 80 SUR TORRE 10 APA 502
Telefono: 8070293
Correo: giovannypalacios123@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 76585194

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GIOVANNY PALACIOS PALACIOS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1000378700	**Periodo de Cotización Salud**	abril de 2026
Número de planilla	76585194	**Periodo de Cotización Pensión**	abril de 2026
Fecha pago	2026-05-11	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	2217966	**Total Pagado**	544300
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	2500

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42900	1
230301	Porvenir	281500	1
EPS005	Sanitas EPS	219900	1

76585194

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1000378700
APELLIDOS Y NOMBRES: GIOVANNY PALACIOS PALACIOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Datos | Inicio

Aumentar el contraste | UTC -5 23:27:56 Giovanni Palacios

Datos

Perfil | Idioma y hora | Certificaciones | No disponible | Noticias | Documentos



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE**

COLOMBIA, Bogotá

0 recomendación (es)

Número de documento: 900958564

Ver perfil

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE**
Nombre abreviado: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE**
Tipo de documento: NIT
Número de documento: 900958564
Código unidad / subunidad ejecutora:
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Otras Entidades públicas
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-DC-11001 - Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá Municipio: Bogotá

Información General

¿Entidad Descentralizada?: Si No
Entidad Estatal / Proveedor de la que depende: .SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD..
Orden: Territorial
Rama: Ejecutiva
Sector: Salud y Protección Social
Tipo de Entidad: Otros

Contactos

Código postal: NA
Correo electrónico de la oficina: subredsur@saludcapital.gov.co
Teléfono de oficina: 7428585
Fax de oficina:
Página web: www.subredsur.gov.co

Indicadores de negocio

Clasificación: Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones **0**

Visitas al perfil: **103973**

Últimas ofertas enviadas: 5/11/2025
Última selección 5/11/2025
Última actualización: 27/05/2026 23:27

Datos del perfil **35%** Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias



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