| | | |
|---|---|---|
| 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:** | MARIA ALEJANDRA SPADEI GARCES | | **Número de Documento:** | 1031162251 | |
| **Correo Electrónico:** | alejandraspadei@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3045418202 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 6678-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1675 |
| **Perfil:** | BACHILLER Y-O - TECNICO (TERRITORIOS) | | | | |
| **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 | 170 | 0 | 12100 | $2057000 | 92.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2057000** | **DOS MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL 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 | $ 2894320 | 1957 |
| 2 | 2026-01-02 | 2026-03-31 | 2 | $ 6679200 | 4 |
| 3 | 2026-03-02 | 2026-04-30 | 3 | $ 1510080 | 449 |
| 4 | 2026-04-15 | 2026-05-31 | 4 | $ 2226400 | 806 |
| 5 | 2026-05-15 | 2026-06-30 | 5 | $ 2226400 | 1046 |


***© Siasur - 2026***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | OCTUBRE | $ 2226400 |
| 2 | NOVIEMBRE | $ 2226400 |
| 3 | DICIEMBRE | $ 2226400 |
| 4 | ENERO | $ 2178000 |
| 5 | FEBRERO | $ 2226400 |
| 6 | MARZO | $ 2226400 |
| 7 | ABRIL | $ 2153800 |
| 8 | MAYO | $ 2057000 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 4452800** | **$ 19989200** | **$ 17520800** | **$ 2468400** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Apoyar la gestión de casos asignados mediante la estrategia de ruteo, garantizando el registro completo y actualizado en el aplicativo GTAPS. | -Se realiza apropiación del aplicativo | -creación de usuarios en el aplicativo |
| 2 | Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias. | -Se realizan primero contactos y ve4rificacaciòn de criterios de pertinencia | Base de datos y aplicativo |
| 3 | Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS. | -se realiza verificación de historias clínicas y disponibilidad en las unidades por medio del aplicativo y Dinámica | -Base de datos |
| 4 | Realizar contacto telefonico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS. | -Se realiza seguimiento por medio del aplicativo | -Aplicativo y bases de datos |
| 5 | Apoyar la gestión del riesgo en las familias mediante la orientación básica y la derivación a rutas y servicios correspondientes. | -Se realiza mediante las llamadas la orientación al usuario | --Base de datos y aplicativo |
| 6 | Participar en actividades de abordaje territorial presencial, apoyando la caracterización y gestión de necesidades, excepto procedimientos clínicos. | -se realiza apropiación territorial | -Base de datos y aplicativo |
| 7 | Diligenciar de manera oportuna y precisa los formatos, planos y registros definidos en cada acción de bienestar en GTAPS y soportes físicos. | -se realiza apropiación territorial | Base de datos y apñliocativo- |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 8 | Reportar novedades, inasistencias o rechazos de visitas, garantizando la articulación con gestores técnicos o profesionales según corresponda. | --Se realiza seguimiento por medio del aplicativo | -Aplicativo |
| 9 | Contribuir a las acciones de promoción de la salud y campañas territoriales mediante la entrega de mensajes clave a las familias. | --Se realiza actividades de orientación y educación al usuario | -Bases de datos |
| 10 | Dar Cumplimiento a los indicadores de gestión establecidos (porcentaje de casos gestionados, citas agendadas y efectividad en el seguimiento) garantizando la trazabilidad en GTAPS. Cumplimiento de indicadores con soporte en reportes de GTAPS bles y unidades de reporte establecidos por la SDS. | -se realiza gestión y verificación asignada | -Aplicativo |
| 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 lleva a cabo la apropiación de estos espacios | -Listados de asistencia |
| 12 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Se lleva a cabo la apropiación de estos espacios | -Listados de asistencia |

## 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 | $ 2153800 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 78889209 | - | | |
| **2026** | **ABRIL** | **2026** | **05** | **25** | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | DOS MILLONES CIENTOCINCUENTA Y TRES 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 | **$ 280200** |
| Salud | | SALUD TOTAL EPS S.A. | | $ 218863 | **$ 218900** |
| ARL | 3 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | | $ 42652 | **$ 42700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 508148** | **$ 541800** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550004800422794 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARIA ALEJANDRA SPADEI GARCES | 2026-05-25 13:25:34 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2026-05-30 06:26:52 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARIA ALEJANDRA SPADEI GARCES | 2026-05-30 18:02:54 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2026-05-30 19:01:26 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2026-05-31 08:39:35 |
| 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 04:23:51 |

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**


***© Siasur - 2026***

10:01
◄ WhatsApp




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

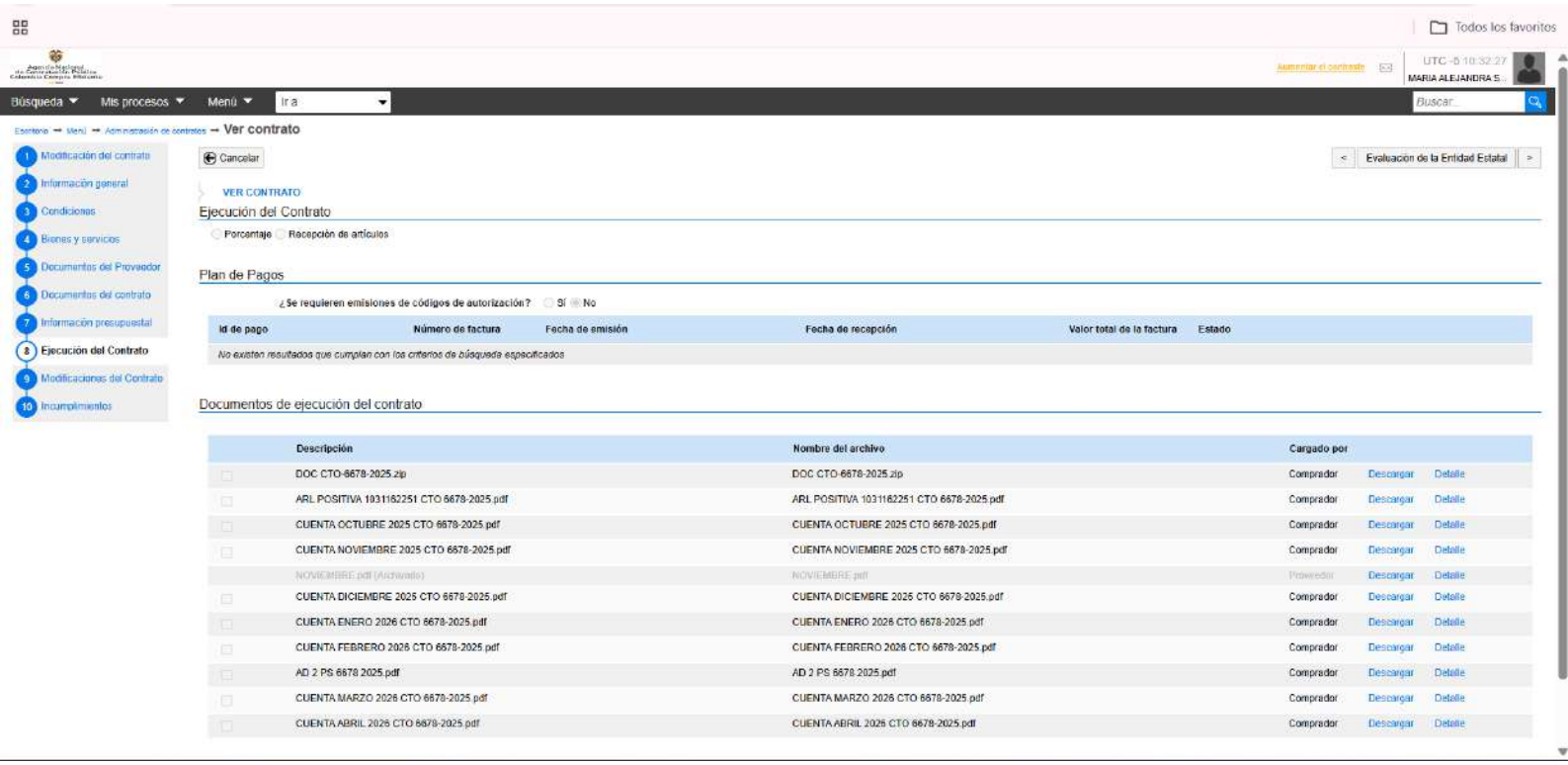
Your response has been recorded.

Submit another response

This form was created inside of Bogotá es TIC.
Does this form look suspicious? Report

Google Forms

docs.google.com


Todos los favoritos
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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?
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
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
DOC CTO-6678-2025.zip
ARL POSITIVA 1031162251 CTO 6678-2025.pdf
CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6678-2025.pdf
CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6678-2025.pdf
NOVIEMBRE.pdf (Archivado)
CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6678-2025.pdf
CUENTA ENERO 2026 CTO 6678-2025.pdf
CUENTA FEBRERO 2026 CTO 6678-2025.pdf
AD 2 PS 6678 2025.pdf
CUENTA MARZO 2026 CTO 6678-2025.pdf
CUENTA ABRIL 2026 CTO 6678-2025.pdf
Comprador
Proveedor
Descargar
Detalle

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **MARIA ALEJANDRA SPADEI GARCES**, identificada con **CC** número **1031162251**, aportó por **MARIA ALEJANDRA SPADEI GARCES** identificado(a) con **CC** número **1031162251** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 04 - 2026 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.16000 | $280,200 | $0 | $0 | Abril - 2026 | 78889209 | 25/05/2026 | NO |
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.02436 | $42,700 | $0 | $0 | Abril - 2026 | 78889209 | 25/05/2026 | NO |
| EPS002 | Salud Total EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.12500 | $218,900 | $0 | $0 | Abril - 2026 | 78889209 | 25/05/2026 | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **25** días del mes **Mayo** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DAVIVIENDA

## Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
334183044

**Destino de pago**
COMPENSAR-OI

**Motivo**
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**
25/05/2026

**Número de aprobación**
00183044

**Dirección IP**
190.9.211.163

**Valor transacción**
$ 546.300,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 190.9.211.163 | CC | 1031162251 |

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