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:	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ		**Número de Documento:**	1022363360	
Correo Electrónico:	karenlflorezc@gmail.com		**Número Telefónico:**	3213708157	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7028-2025	**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	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$3556800	81.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3556800**	**TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-02		**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	$ 5522360	1957
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 14535600	4
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 1207640	449
4	2026-04-15	2026-05-31	4	$ 4325200	806
5	2026-05-15	2026-06-30	5	$ 4325200	1046
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		OCTUBRE		$ 4195200	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	NOVIEMBRE	$ 4354800
3	DICIEMBRE	$ 4195200
4	ENERO	$ 4195200
5	FEBRERO	$ 3830400
6	MARZO	$ 3237600
7	ABRIL	$ 2052000
8	MAYO	$ 3670800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8650400	**$ 38566400**	**$ 29731200**	**$ 8835200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Caracterizar al individuo y su núcleo familiar mediante visitas domiciliarias y la aplicación sistemática de instrumentos de tamizaje (Zung, Hamilton, APGAR Familiar, COPE 28) para identificar riesgos, necesidades y capacidades en salud mental.	-Realización de caracterizaciones congruentes con el análisis de los lineamientos técnicos a través de la lectura cuidadosa de los mismos y asistencia a todos los espacios de fortalecimiento programados para el perfil	Listados de asistencia
2	2.Realizar actividades individuales de resolutividad 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.	-Planeación agendamiento y visitas domiciliarias familiares para la valoración inicial sesiones de seguimiento por psicología y plan de cuidado familiar en salud mental según los lineamientos operativos del convenio	-Base de datos formatos en físico historias clínicas registros en aplicativo
3	3. Construir, de manera participativa con el usuario y su familia, un Plan de Bienestar que establezca objetivos claros, acciones concretas y compromisos mutuos para gestionar los riesgos identificados y fortalecer los factores protectores.	-Intervenciones individuales y colectivas concertadas con los entornos familiares en relación a objetivos claros y congruentes con las necesidades psicológicas familiares Planteamiento de objetivos específicos según necesidades evidenciadas y riesgo identificado en salud mental	-Verificación soportes digitales historias clínicas registros en aplicativo GTAPS de SDS formatos en físico
4	4. Reallizar intervenciones breves, Primeros Auxilios Psicológicos, y facilitar espacios de escucha activa y contención emocional para estabilizar, orientar y fortalecer las capacidades de afrontamiento de las personas en situaciones de crisis o malestar.	-Abordajes constructivos y edificantes de intervención psicológica según estándares de calidad y en congruencia con los objetivos de la estrategia	-Registros en aplicativo GTAPS historias clínicas
5	5. Aplicar metodologías específicas y estructuradas, como "Habilidades para la Vida" en adolescentes y la intervención "Enfrentando Problemas Plus (EP)" para personas cuidadoras, asegurando la fidelidad a los modelos originales.	-Abordajes de intervención psicológica según estándares de calidad y en congruencia con el lineamiento aplicando metodologías contempladas dentro del mismo	-Registros en aplicativos GTAPS e historias clínicas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Brindar educación para la salud en temas prioritarios como pautas de crianza positiva, manejo del duelo, salud sexual para adolescentes y prevención del consumo de sustancias, adaptando los contenidos al curso de vida y contexto cultural.	-Intervenciones individuales y colectivas con familias focalizadas brindando educación para la salud en temas prioritarios como crianza positiva manejo del duelo salud sexual y prevención del consumo de sustancias Planteamiento de objetivos específicos según necesidades evidenciadas y riesgo identificado en salud mental	-Registros en aplicativos GTAPS e historias clínicas
7	7. Gestionar con enfoque diferencial y prioritario los casos de poblaciones con alta vulnerabilidad, incluyendo víctimas de violencia, personas con conducta suicida, adolescentes en riesgo, personas cuidadoras y población privada de la libertad.	-Realización de abordajes diferenciales según grupos de población y necesidades específicas	-Registros en aplicativos GTAPS e historias clínicas
8	8. Desarrollar intervenciones colectivas, como los "Círculos de Bienestar Emocional", para fomentar la cohesión social, fortalecer las redes de apoyo y promover la salud mental comunitaria.	-Realización de intervenciones colectivas dentro de los entornos familiares desde un enfoque sistémico y colectivo	-Registros correspondientes en planillas de firmas y en el aplicativo GTAPS
9	9. Realizar un seguimiento continuo y sistemático a la evolución de los casos y al cumplimiento del Plan de Bienestar, a través de sesiones presenciales o virtuales, para evaluar el progreso y ajustar las intervenciones.	-Realización continua de procesos de evaluación y valoración de avances dentro de los procesos de intervención y acompañamiento	-Información consignada en los registros en el aplicativo GTAPS
10	10. Activar y gestionar oportunamente las rutas de atención sectoriales e intersectoriales para asegurar el acceso de los usuarios a servicios complementarios de salud, protección, justicia o inclusión social.	-Identificación de casos que requieren notificación a vigilancia de eventos de interés en salud pública activaciones de ruta en caso de ser requeridas según criterios consignados en lineamiento operativo derivaciones a las áreas que corresponden según tipo de riesgo	-Fichas de notificación canalizaciones vía SIRC derivaciones a otras áreas según sea el caso formatos de remisión
11	11. Registrar de forma obligatoria, oportuna y con alta calidad toda valoración, plan, intervención y seguimiento en la historia clínica y los aplicativos institucionales designados (principalmente GTAPS) para asegurar la trazabilidad de la gestión.	-Actualización diaria de información registrada en el aplicativo GTAPS e historias clínicas por usuarios visitados bajo criterios de oportunidad pertinencia y calidad	-Historias clínicas registros en aplicativo GTAPS
12	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.	-Participación en capacitaciones encuentros comités del cuidado y espacios de fortalecimiento técnico liderados por la Subred y la SDS	-Listados de asistencia
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Atención y desarrollo oportuno de otras actividades requeridas solicitadas por la supervisión	-Formatos digitales o en físico según el tipo de requerimiento

© 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	$ 3670800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	89297536	-		
2026	MAYO	2026	06	04				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1750905	$ 280145	**$ 619000**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 218863	**$ 483600**
ARL	3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		$ 42652	**$ 94300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 1196900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24111231306

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	2026-06-21 20:01:14
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-06-22 09:50:42
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	2026-06-24 05:12:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	2026-06-24 05:22:40
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	2026-06-24 13:54:35
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-06-24 14:04:26
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-06-25 16:24:31
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-06-26 18:46:11
NUEVO POR CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-06-26 18:46:23
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-06-26 21:29:21
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	2026-06-27 18:19:19

© Siasur - 2026

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-06-27 18:41:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-07-01 10:12:43

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

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ

C.C. 1022363360

participó en el curso virtual:

introductorio al Programa de acción Mundial para superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)

De marzo a junio de 2026
Con una intensidad horaria de 60 horas
Bogotá

9 n g H 6 J 2 C V s

CDEIS

Salomé Valencia Aguirre
Asesora de despacho

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

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	1022363360	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	Carrera 4#26-65	3043538	karenlflorezc@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
		89297536	04/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$1.196.900	

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	483.600	0		0		0	0	0	0	483.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	619.000	0	0	0	0	0	0		619.000	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	94.300				94.300	0	0	94.300			943	94.300	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
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	483.600	483.600
Pensión	1	619.000	619.000
Riesgos Laborales	1	94.300	94.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.196.900	1.196.900

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	1022363360	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	Carrera 4#26-65	3043538	karenlflorezc@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
		89297536	04/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$1.196.900	

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	Excarcelado	IND	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 1022363360	FLOREZ CRUZ KAREN LILIANA	59	0			N																	25-14	3.868.320	30	619.000	0	0	0	0	EPS008	3.868.320	30	483.600	14-23	3.868.320	30	3	94.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 362817426

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co> mié, 3 de jun de 2026 a la hora 7:31 p.m.
Para: karenlflorezc@gmail.com

¡Hola, Karen Florez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 1.196.900,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 03/06/2026

CUS: 362817426

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACH COLOMBIA S.A.

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

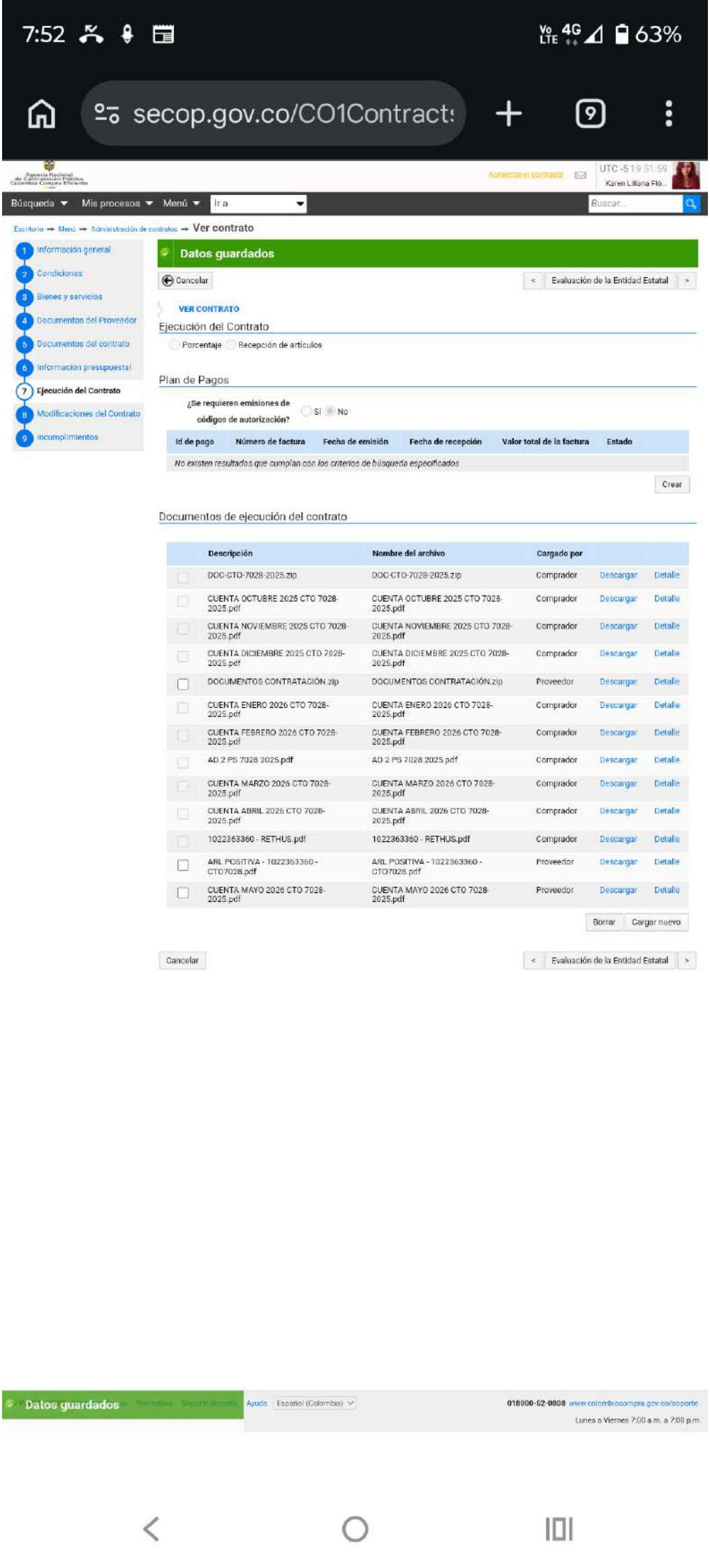
@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."


7:52
63%
secop.gov.co/CO1Contract
Aumentar el contraste
UTC -5 19:51:59
Karen Liliana Flo...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
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
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
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
DOC-CTO-7028-2025.zip
Comprador
CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 7028-2025.pdf
Comprador
CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 7028-2025.pdf
Comprador
CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 7028-2025.pdf
Comprador
DOCUMENTOS CONTRATACIÓN.zip
Proveedor
CUENTA ENERO 2026 CTO 7028-2025.pdf
Comprador
CUENTA FEBRERO 2026 CTO 7028-2025.pdf
Comprador
AD 2 PS 7028 2025.pdf
Comprador
CUENTA MARZO 2026 CTO 7028-2025.pdf
Comprador
CUENTA ABRIL 2026 CTO 7028-2025.pdf
Comprador
1022363360 - RETHUS.pdf
Comprador
ARL POSITIVA - 1022363360 - CTO7028.pdf
Proveedor
CUENTA MAYO 2026 CTO 7028-2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
Datos guardados
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.