

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA		Número de Documento:	1022981508	
Correo Electrónico:	paovp08-30@hotmail.com		Número Telefónico:	3134141450	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	Código Grado:	- 237-15

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7301-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	22800	\$4195200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4195200	CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-03		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-11-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-14	2026-01-09	1	\$ 4195200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 12585600	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 4195200	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 5152800	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 4195200	1045

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	OCTUBRE	\$ 4195200	
2	NOVIEMBRE	\$ 4195200	
3	DICIEMBRE	\$ 4058400	
4	ENERO	\$ 4332000	
5	FEBRERO	\$ 4195200	
6	MARZO	\$ 5152800	
7	ABRIL	\$ 4195200	
8	MAYO	\$ 4195200	
9	JUNIO	\$ 4195200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8390400	\$ 38714400	\$ 38714400	\$ 0
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Participar de la implementación de sesiones socioeducativas, con grupos, organizaciones y demás formas de expresión en los diferentes entornos y procesos al interior de la implementación del PSPIC.	- Realizar actividades de educación en salud en temáticas relacionadas al mantenimiento de la salud mental.	- Listados asistencia
2	Implementar espacios comunitarios para el abordaje del consumo sustancias psicoactivas, movilización de red de recursos institucionales y comunitarios.	- Realizar actividades de educación en salud en temáticas relacionadas al mejoramiento de la calidad de vida por medio de la promoción de la salud mental.	- Listados de asistencia
3	Identificar el riesgo por medio de la herramienta assist, Audit. (ligado a una intervención breve, entrevista motivacional.	- Desarrollar acciones de acompañamiento a la comunidad en el acceso oportuno a diferentes actividades a nivel social y comunitario.	- Gestión en drive
4	Canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	- Identificar de necesidades propias de la comunidad en el contexto comunitario a demanda de la población	- Listados de asistencia
5	Aplicar las herramientas de captación de información de acuerdo a los lineamientos establecidos en el marco del convenio PIC, y propios de la institución.	- Diligenciamiento de herramientas de captación de asistencia formato sesiones colectivas	- Listados de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Fortalecer habilidades psicosociales adaptativas para un buen trato buscando la prevención de violencia intrafamiliar, violencia por razones de género y prevención de otros eventos como la conducta suicida y la violencia entre barras futboleras, a fin de promover la convivencia social y la salud mental.	- Realizar jornadas en educación en salud en el marco de la prevención de eventos en salud mental asociados al contexto socio comunitario actual	- Listados de asistencias
7	Socializar la línea 106 línea de ayuda, intervención psicosocial y/o soporte en situación de crisis y sus canales de atención.	- Realizar jornadas de educación en salud pública en las cuales se socializan las líneas de atención a nivel distrital una vida libre de violencias.	- Listado de asistencia
8	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	- Organización de productos referentes a la estrategia.	- Listado de asistencia
9	Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	- Organización de productos referentes a la estrategia, participación en las sesiones de fortalecimiento de la ficha 24 horas IEC	- Listado de asistencia
10	Realizar la concertación con los grupos y organizaciones de base comunitarios para el desarrollo de acciones comunitarias.	- Realizar articulaciones con líderes para la conformación de grupos para trabajar diferentes áreas de la salud mental	- listado de asistencia
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Desarrollar grupos y escuelas en el marco del fortalecimiento de la salud mental a nivel social y comunitario.	- 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	\$ 4195200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1082541522	-		
2026	MAYO	2026	06	03				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 354600
Salud					EPS SÁNTAS		\$ 218863	\$ 277100
ARL			3	POSITIVA DE COMPAÑÍA SEGUROS S.A.	\$ 42652		\$ 54100	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 685800
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	76377074218	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA		2026-06-22 09:17:14
RECHAZADO SUPERVISOR						HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ		2026-06-23 21:35:54
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA		2026-06-23 22:28:41
RECHAZADO SUPERVISOR						HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ		2026-06-24 20:32:23
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA		2026-06-24 21:02:31
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA		2026-06-24 21:07:20
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA		2026-06-25 12:56:07
ACEPTADO SUPERVISIÓN						HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ		2026-06-25 13:17:36
ACEPTADO CONTRATACIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-06-26 16:37:39
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		2026-07-14 19:28:21

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.



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-07-06, 12:40:45 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1083307157
Periodo Cotización 202606 Periodo Servicio 202606
Cliente:

PAGADA 2026-07-06

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAOLA ANDREA VALENCIA PENALOZA						
Documento	CC 1022981508			Dirección	CR 25 #52 C - 80 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3134141450		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022981508		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					VALENCIA PEÑALOZA PAOLA ANDREA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos				Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
															0	30	30	30	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							</

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 354.300	\$ 0	\$ 0	\$ 276.800	\$ 54.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

