

	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:	NELLY DAYANA LOZANO FARFAN		Número de Documento:	1016712285	
Correo Electrónico:	nellydayanalozanofarfan@gmail.com		Número Telefónico:	3112803545	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	6899-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1675
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE				
Dirección a la que Pertenecce:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	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		2025-10-02		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	\$ 5453760	1957
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 14535600	4
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 1055040	449
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 4195200	806
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 4195200	1046

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	\$ 4263600	
4	ENERO	\$ 4195200	
5	FEBRERO	\$ 4309200	
6	MARZO	\$ 4537200	
7	ABRIL	\$ 4195200	
8	MAYO	\$ 4195200	
9	JUNIO	\$ 4195200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8390400	\$ 37825200	\$ 38281200	\$ -456000
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la caracterización de la condición de salud oral de los miembros del núcleo familiar, especialmente en los grupos priorizados (gestantes, menores de 5 años, pacientes crónicos).	--Visitas al domicilio de familias actualizaciones nuevas , para identificación de riesgo en salud bucal. en gestantes, menores de edad y crónicos.	--Ficha de registro de firmas y aplicativo GTAPS.
2	Aplicar el tamizaje de placa bacteriana (Índice de O'Leary) al caso índice y clasificar la calidad del cepillado en los demás integrantes de la familia.	--Se aplicara el tamizaje indice de o"Leary, cuando SDS lo indique en el momento de la caracterizacion de familias.	--Formato de indice de o"Leary en aplicativo.
3	Levantar el odontograma, registrar los hallazgos en la historia clínica del paciente y derivar al tratamiento de salud oral pertinente.	--Para este mes no aplica.	--Para este mes no aplica.
4	Desarrollar procesos de educación y comunicación en salud oral con la familia, abordando temas acordes a cada momento del curso de vida.	--Durante las caracterizaciones y seguimientos de las familias nuevas se brinda educacion e informacion, de forma sencilla para que los usuarios adopten lo enseñado en su cotidianidad.	--Planilla de familias con plan de bienestar firmada por los usuarios y aplicativo GTAPS.
5	Concertar con la familia un Plan de Bienestar que incluya compromisos sobre prácticas de cuidado, higiene bucodental, alimentación saludable y uso de servicios odontológicos.	--En el momento de la visita al domicilio por parte del perfil de salud bucal, se concertan compromisos con el fin de fortalecer habitos adecuados de cuidado y autocuidado en salud bucal para implementar en la cotidianidad al interior de la familia.	--Aplicativo GTAPS en el apartado de compromisos.
6	Implementar el Plan de Bienestar, gestionando y derivando la activación de rutas de atención individual para el grupo familiar.	--Se realiza activacion de rutas desde el perfil de salud oral, de acuerdo a las necesidades identificadas, en alguno de los miembros de la familia y articulacion con el area asistencial del servicio de odontologia.	--Formato de canalizacion y ficha de notificacion.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Realizar visitas de seguimiento domiciliarias para verificar las acciones concertadas en el plan familiar y la evolución de la calidad del cepillado.	--Durante el seguimiento a la familia por parte de la profesional de odontología se evaluara la calidad de cepillado mediante gotas reveladoras de placa bacteriana.	--Planilla de familias con plan de bienestar, formato de indice de o"Leary
8	Realizar la sesión de cierre a los 6 meses, reforzando aprendizajes y realizando el seguimiento final al índice de O'Leary.	--Evaluar los avances en hábitos de higiene oral, reforzar los conocimientos adquiridos y realizar el seguimiento final del índice de O'Leary para medir la efectividad del programa educativo.	--Planilla de familia con plan de bienestar y aplicativo GTAPS.
9	Registrar todas las atenciones y seguimientos en la historia clínica y en los formatos de calidad de cepillado y GTAPS.	--Para es te mes no aplica.	--Para es te mes no aplica.
10	Activar la atención del servicio odontológico general o especializado según lo requiera el paciente durante el seguimiento.	--Segun las necesidades evidenciadas en la poblacion abordada, concientizar a las familias frente a la importancia de acceder al servicio odontologico periodicamente y realizar la activacion de ruta oportuna al servicio que amerite.	--Formato de canalizaciones
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.	--Dar cumplimiento a los espacios convocados por parte de las lideres de EMBH.	-Listados de asistencia.
12	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	--Actividades asignadas por parte de las lideres.	--Actas y 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	9505693755	-			
2026	MAYO	2026	06	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200	
Salud					SALUD TOTAL EPS S.A.		\$ 218863	\$ 218900	
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 541800	

INFORMACIÓN DE PAGO						
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	91277536108

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NELLY DAYANA LOZANO FARFAN	2026-07-01 11:12:47
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-07-01 12:16:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-07-01 14:19:50
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 18:39:32

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016712285		LOZANO FARFAN NELLY DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12A 71B 61 VILLA ALZACIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112803545	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	383585651	9505693755	I	2026/06/22	2026/06/12	BANCOLOMBIA	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
1	CC	1016712285	LOZANO NELLY	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0		\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016712285		LOZANO FARFAN NELLY DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12A 71B 61 VILLA ALZACIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112803545	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	383585651	9505693755	I	2026/06/22	2026/06/12	BANCOLOMBIA	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	



Comprobante en línea
Pago PSE

11 Jun 2026 19:24



Pago exitoso
CUS 383585651

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
186.85.240.29

Fecha
11 Jun 2026 19:24

Referencia 2
CC

Número de factura
9505693755

Referencia 3
1016712285

Descripción del pago
**Pago de la Planilla de aportes con
clave 9505693755**

Valor del Pago
\$541.800

Número de comprobante
TR260611192441pSOzdC

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
**Cuenta de ahorros
**** 6108**

Crear

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >