

	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:	SANDRA PATRICIA SANCHEZ LIEVANO		Número de Documento:	1022942105	
Correo Electrónico:	lievanosandra1988@gmail.com		Número Telefónico:	3196113321	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7594-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	TECNICO 1 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	16200	\$2980800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2980800	DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA 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	2025-11-14	2026-01-09	1	\$ 2980800	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 8942400	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 2980800	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 2980800	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 2980800	1045

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	OCTUBRE	\$ 2980800	
2	NOVIEMBRE	\$ 2980800	
3	DICIEMBRE	\$ 2883600	
4	ENERO	\$ 3078000	
5	FEBRERO	\$ 2980800	
6	MARZO	\$ 2980800	
7	ABRIL	\$ 2980800	
8	MAYO	\$ 2980800	
9	JUNIO	\$ 2980800	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5961600	\$ 26827200	\$ 26827200	\$ 0
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad	-Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunación), previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extramurales.	-Formato SIS 150
2	2. Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte3. Realizar procedimiento de vacunación teniendo en cuenta los 10 correctos para el proceso de administración verificando antecedentes vacunales y evitando errores programáticos en el momento de la administración.	-ACTUALIZACION Y REGISTRO CON CALIDAD DE LOS USUARIOS VACUNADOS EN EL SEGUIMIENTO TELEFONICO REALIZADO POR COHORTES SEGUN ASIGNACION DE LA PROFESIONAL DE EXTRAMURAL	-DRIVE CON MENORES AGENDADOS A DIARIO Y APLICATIVO 2.0 Y RETROALIMENTACION DE LOS SEGUIMIENTOS EFECTIVOS Y REPROGRAMADOS
3	3. Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.	-NO APLICACIÓN PARA EL MES ACTUAL	-NO APLICACIÓN PARA EL MES ACTUAL
4	4. Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización.	-ENTREGA OPORTUNA Y VERAZ DE CADA FORMATO IMPLEMENTADO SEGUN LINEAMIENTOS Y PROTOCOLOS.	-ENTREGA DE FORMATOS EN TIEMPO REAL
5	5. Revisar y consolidar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS, localidad y Subred, verificando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas validado por el equipo de sistemas de información.	-NO APLICACIÓN PARA EL MES ACTUAL	-NO APLICACIÓN PARA EL MES ACTUAL

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Registrar en físico o digital, según programación, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio.	-NO APLICACIÓN PARA EL MES ACTUAL	-NO APLICACIÓN PARA EL MES ACTUAL
7	7. Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred	-REALIZAR PROCESO DE VERIFICACION Y CONTEO DE INSUMO.	-FORMATO KARDEX DILIGENCIADO CON VERACIDAD
8	8. Realizar las entregas y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos a las IPS públicas y privadas, garantizando las condiciones técnicas y logísticas para la adecuada entrega de los mismos.	-ENTREGA OPORTUNA CLARA Y VERAZ DE CADA FORMATO IMPLEMENTADO SEGUN LINEAMIENTOS Y PROTOCOLOS.	-ENTREGA DE FORMATOS EN TIEMPO REAL
9	9. Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS.	-ASISTENCIA Y PARTICIPACION A LAS DIFERENTES CONVOCATORIAS INTRA Y EXTRAMURAL PARA FORTALECIMIENTO FISICO Y MENTAL.	-ACTA DE ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN
10	10. ConsolidaR y hacer seguimiento al reporte de control de fechas de vencimiento de medicamentos inmunobiológicos por fabricación, ventana de uso y/o disponibilidad en el Programa Permanente y Covid-19 de la Subred.	-REALIZAR CON CALIDAD Y VERACIDAD EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL SEGUN INDICACIONES DEL PROCESO DE ARCHIVO EN CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS.	-CARPETA CON FORMATOS DEBIDAMENTE ORGANIZADAS Y FOLIADAS SEGUN PROTOCOLO DE GESTION DE DOCUMENTO
11	11. Realizar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS	-REALIZAR PROCESO DE VERIFICACION Y CONTEO DEL INSUMO.	-FORMATO KARDEX DILIGENCIADO CON VERACIDAD.
12	12. Realizar seguimiento a la operación de los vehículos para la entrega de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos.	-NO APLICACIÓN PARA EL MES ACTUAL	-NO APLICACIÓN PARA EL MES ACTUAL
13	13. Realizar el 100% de arquezos a la modalidad de extramural de la Subred y a las IPS que presenten diferencias en los arquezos reportados por el profesional intramural.	-REALIZAR PROCESO DE VERIFICACION Y CONTEO DEL INSUMO	-FORMATO KARDEX DILIGENCIADO CON VERACIDAD.
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-ASISTENCIA Y PARTICIPACION A LAS DIFERENTES CONVOCATORIAS INTRA Y EXTRAMURAL PARA FORTALECIMIENTO FISICO Y MENTAL.	-ACTA DE ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	84043242	-		\$ 2980800
2026	MAYO	2026	06	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA 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	\$ 282100
Salud					EPS SÁNTITAS		\$ 218863	\$ 220400
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 43000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 545500

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550452900104426

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA PATRICIA SANCHEZ LIEVANO	2026-06-19 21:22:06
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-06-24 14:38:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-06-25 13:18:35
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	2026-07-14 19:13:51

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022942105	SANDRA PATRICIA SANCHEZ LIEVANO	DIAGONAL 92H SUR 4C 29 ESTE	2975937	LIEVANOSANDRA1988@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84043242	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$580.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	9	1.500	0	220.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	9	1.900	0	282.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	9	300	43.000			427	43.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	9	300	35.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	218.900	220.400
Pensión	1	280.200	282.100
Riesgos Laborales	1	42.700	43.000
CCF	1	35.100	35.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	580.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022942105	SANDRA PATRICIA SANCHEZ LIEVANO		DIAGONAL 92H SUR 4C 29 ESTE	2975937	LIEVANOSANDRA1988@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84043242	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$580.900	

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	Económico	INS	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 1022942105	SANCHEZ LIEVANO SANDRA PATRICIA	59	0		N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTAOCTUBRE_CTO7594-2025.pdf	CUENTAOCTUBRE_CTO7594-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO-7594-2025.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO-7594-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE_CTO7594-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE_CTO7594-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO_CTO7594-2025.pdf	CUENTA ENERO_CTO7594-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7594 2025.pdf	PS 7594 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 7594 2025.pdf	AD 2 PS 7594 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	DIPLOMA AUXILIAR DE ENFERMERÍA .pdf	DIPLOMA AUXILIAR DE ENFERMERÍA .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO_CTO7594-2025.pdf	CUENTA FEBRERO_CTO7594-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTAMARZO_CTO7594-2025..pdf	CUENTAMARZO_CTO7594-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AD 3 PS 7594 2025.pdf	AD 3 PS 7594 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTAABRIL_CTO7594-2025.pdf	CUENTAABRIL_CTO7594-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTAMAYO_CTO7594-2025.pdf	CUENTAMAYO_CTO7594-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

BorrarCargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



¡Hola, Sandra patricia Sánchez!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 580.900,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 10/06/2026

CUS: 381127128

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta 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>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial