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:**	2026-07-01	**Hasta:**	2026-07-31	
Nombre del Contratista:	GUSTAVO ADOLFO GONZALEZ GRISALES		**Número de Documento:**	1010172423	
Correo Electrónico:	gagonzalezgr@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3153880926	
Nombre del Supervisor:	DIANA MARCELA NARVAEZ TIBAVIZCO	**Cargo:**	ENFERMERO CÓDIGO 243 GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4565-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	997
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO I				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
U09SA	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	ADMINISTRATIVA	$5245800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5245800**	**CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2026-05-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2026-06-09	2026-08-31	1	$ 10491600	1177

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 5245800
2	JUNIO	$ 5245800
3	JULIO	$ 5245800

© Siasur - 2026

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10491600	**$ 20983200**	**$ 15737400**	**$ 5245800**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Verificar y gestionar los casos de mortalidad en mujeres de 10 a 54 años, realizando el análisis correspondiente y articulando la respuesta según los protocolos establecidos.	-Se realizo gestion de casos en modulo de SIVIGILA	-Aplicativo SIVIGILA
2	Preparar el alistamiento de insumos requeridos para las asistencias técnicas trimestrales y Presentar los mismos de manera oportuna.	-Se realiza alistamiento y presentacion de asistencia técnica correspondiente al mes de julio	-Archivos planos soportes de envio fichas de notificación
3	Asistir y participar en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) Distrital, aportando información técnica y garantizando la socialización de los hallazgos.	-Asistencia a comite	-Acta y listado de asistencia
4	Elaborar y Presentar el cronograma de las unidades de análisis dirigido a los médicos epidemiólogos, asegurando su cumplimiento y organización.	-Se realiza programacion y asignacion de unidades de analisis	-Formato de cronograma
5	Realizar la convocatoria, consolidar la información, elaborar acta de las unidades de análisis institucionales, enviando la documentación a quien corresponda según los lineamientos.	-Se realizaron unidades de analisis institucionales y distritales segun los eventos presentados.	-Actas y listados de asistencia
6	Participar activamente en las unidades de análisis, aportando información técnica y garantizando la articulación con los procesos de vigilancia en salud pública	-Se realizaron unidades de analisis institucionales y distritales según los eventos presentados	-Actas y listados de asistencia
7	Participar en la mesa de sífilis, contribuyendo al análisis de la situación y al fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control.	-Participacion en la mesa de salud sexual y reproductiva en donde se realiza revision de casos de sífilis gestacional	-Acta y listado de asistencia
8	BrinDar apoyo técnico a los auxiliares del equipo de epidemiología, resolviendo dudas y orientando en el manejo de los eventos de interés en salud pública.	-Se brinda apoyo tecnico segun necesidad	-No aplica
9	Realizar la gestión integral de casos, de acuerdo con los lineamientos técnicos, asegurando el seguimiento, cierre y articulación con los actores responsables.	-Se realiza gestion de casos presentados en la unidad según necesidad	-Correos electronicos fichas de notificacion.
10	Articular acciones con los diferentes servicios, con el fin de fortalecer la respuesta en salud pública y el abordaje integral de los eventos priorizados.	-Se realiza articulacion y seguimiento de casos presentados en los diferentes servicios según necesidades presentadas	-No aplica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Revisar los casos codificados como 113 y enviarlos al área de gestión del riesgo, con el fin de Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos y garantizar la articulación del proceso.	-Se realiza busqueda activa institucional de los casos de desnutricion aguda y se reportan a ruta de alteraciones nutricionales	-Correo electronico
12	Revisar las estadísticas vitales, con el fin de verificar que todos los eventos se encuentren notificados de manera completa y oportuna.	-Verificacion de pacientes fallecidos y causas de mortalidad	-Correo electrónico
13	Elaborar la matriz de indicadores de salud sexual y reproductiva, consolidando y analizando la información para apoyar la gestión y toma de decisiones	-Se realiza matriz de indicadores de salud sexual y reproductiva	-Matriz de indicadores
14	Apoyar las actividades administrativas que se requieran en el marco de la gestión institucional.	-Se realizan funciones administrativas segun necesidad del componente	-No aplica
15	Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las funciones misionales de la Subred, sin que ello implique el desarrollo de funciones permanentes, subordinadas o propias de cargos de planta.	-Se realizan actividades propias del perfil segun necesidad del componente	-No aplica

© 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	$ 5245800
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	93454421	-		
2026	**JUNIO**	**2026**	**07**	**14**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2098320	$ 335731	**$ 337600**
Salud		SALUD TOTAL EPS S.A.		$ 262290	**$ 263700**
ARL	1	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 10953	**$ 51500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 608974**	**$ 652800**

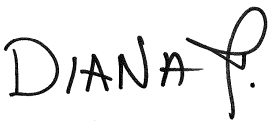
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0570004870401116

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GUSTAVO ADOLFO GONZALEZ GRISALES	2026-07-28 09:59:06
ACEPTADO SUPERVISIÓN	DIANA MARCELA NARVAEZ TIBAVIZCO	2026-07-29 06:01:53
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-07-29 10:27:29
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	2026-08-13 12:17:35

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.



DIANA MARCELA NARVAEZ TIBAVIZCO
ENFERMERO CÓDIGO 243 GRADO 20

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	1010172423	GUSTAVO ADOLFO GONZALEZ GRISALES	Calle 15 20 285	3153880926	gagonzalezgr@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93454421	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$2,098,320	$695.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	262.300	0		0		0	7	1.400	0	263.700	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	335.800	0	0	0	0	7	1.800	0	337.600	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	51.200				51.200	7	300	51.500			512	51.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.000	7	300	42.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	262.300	263.700
Pensión	1	335.800	337.600
Riesgos Laborales	1	51.200	51.500
CCF	1	42.000	42.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	691.300	695.100

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	1010172423	GUSTAVO ADOLFO GONZALEZ GRISALES	Calle 15 20 285	3153880926	gagonzalezgr@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93454421	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$2,098,320	$695.100	

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 1010172423	GONZALEZ GRISALES GUSTAVO ADOLFO	59	0			N																	230301	2.098.320	30	335.800	0	0	0	0	EPS002	2.098.320	30	262.300	14-11	2.098.320	30	3	51.200	CCF24	2.098.320	30	42.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	402578	22/06/2026 7:42:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	5.245.800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	407432	2 minutos de tiempo transcurrido *(28/07/2026 9:46:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	5.245.800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Informe de Actividades CTO 4565 mayo 2026.pdf.pdf	Informe de Actividades CTO 4565 mayo 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ARL SURA- 1010172423 - CTO4565.pdf	ARL SURA- 1010172423 - CTO4565.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4565 2026.pdf	PS 4565 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Informe de Actividades CTO 4565 junio 2026.pdf.pdf.pdf	Informe de Actividades CTO 4565 junio 2026.pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >