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:**	2026-08-01	**Hasta:**	2026-08-31	
Nombre del Contratista:	VALENTINA LEAL PELAEZ		**Número de Documento:**	1023976508	
Correo Electrónico:	vale.leal99@gmail.com		**Número Telefónico:**	3143813848	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5712-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	1516
Perfil:	BACHILLER Y-O - TECNICO (TERRITORIOS)				
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	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	12481	$2296504	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2296504**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-08-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-09-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4593008	**$ 4593008**	**$ 0**	**$ 4593008**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	1. Apoyar la gestión de casos asignados mediante la estrategia de ruteo, garantizando el registro completo y actualizado en el aplicativo GTAPS.	-REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DIARIA DE LOS CASOS ASIGNADOS EN GTAPS, VERIFICANDO EL ESTADO DE GESTIÓN Y RUTEO HACIA LAS UNIDADES BÁSICAS RESOLUTIVAS.	-REGISTRO ACTUALIZADO EN GTAPS, REPORTE SEMANAL DE SEGUIMIENTO DE CASOS.
2	2. Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias.	-REALIZACIÓN DE LLAMADAS DE CONTACTO INICIAL, SEGUIMIENTO DE ALERTAS Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD.	-LISTADO DE LLAMADAS REALIZADAS, BITÁCORA DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO.
3	3. Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.	-COORDINACIÓN CON LAS UNIDADES PARA EL AGENDAMIENTO, CONFIRMACIÓN DE CITAS MÉDICAS Y REGISTRO DE CAMBIOS EN EL SISTEMA.	-REPORTE DE CITAS AGENDADAS, PANTALLAZOS O COMPROBANTES DE CONFIRMACIÓN.
4	4. Realizar contacto telefonico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS.	-LLAMADAS DE VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA Y CONFIRMACIÓN CON LOS USUARIOS, REGISTRO DE RESULTADOS EN GTAPS.	-REGISTRO DE LLAMADAS DE VERIFICACIÓN, LISTADO DE ASISTENCIA CONFIRMADA.
5	5. Apoyar la gestión del riesgo en las familias mediante la orientación básica y la derivación a rutas y servicios correspondientes.	-ORIENTACIÓN A USUARIOS SOBRE RUTAS DE ATENCIÓN Y SERVICIOS DISPONIBLES SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL RIESGO.	-REGISTROS DE ORIENTACIÓN, DERIVACIONES REGISTRADAS EN GTAPS.
6	6. Participar en actividades de abordaje territorial presencial, apoyando la caracterización y gestión de necesidades, excepto procedimientos clínicos.	-PARTICIPACIÓN EN JORNADAS COMUNITARIAS Y ACOMPAÑAMIENTO EN CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS EN CAMPO.	-LISTADO DE ASISTENCIA A ACTIVIDADES TERRITORIALES, REPORTES FOTOGRÁFICOS O ACTAS.
7	7. Diligenciar de manera oportuna y precisa los formatos, planos y registros definidos en cada acción de bienestar en GTAPS y soportes físicos.	-REGISTRO OPORTUNO DE CADA GESTIÓN EN GTAPS Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE REPORTE DE GESTIÓN.	-FORMATOS DILIGENCIADOS, RESPALDOS EN GTAPS, COPIAS DIGITALES.
8	8. Reportar novedades, inasistencias o rechazos de visitas, garantizando la articulación con gestores técnicos o profesionales según corresponda.	-REPORTE INMEDIATO DE NOVEDADES EN EL APLICATIVO Y COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO TÉCNICO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS.	-REGISTRO DE NOVEDADES EN GTAPS, CORREOS O INFORMES ENVIADOS AL EQUIPO.
9	9. Contribuir a las acciones de promoción de la salud y campañas territoriales mediante la entrega de mensajes clave a las familias.	-DIFUSIÓN TELEFÓNICA Y POR MEDIOS DIGITALES DE MENSAJES SOBRE AUTOCUIDADO, VACUNACIÓN Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	-EVIDENCIAS DE MENSAJES ENVIADOS, REPORTE DE COBERTURA DE MENSAJES.
10	10. Dar Cumplimiento a los indicadores de gestión establecidos (porcentaje de casos gestionados, citas agendadas y efectividad en el seguimiento) garantizando la trazabilidad en GTAPS. Cumplimiento de indicadores con soporte en reportes de GTAPS bles y unidades de reporte establecidos por la SDS.	-SEGUIMIENTO DIARIO A LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO EN GTAPS Y PRESENTACIÓN DE INFORMES MENSUALES DE AVANCE.	-REPORTE MENSUAL DE INDICADORES Y TRAZABILIDAD EN GTAPS.
11	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.	-PARTICIPACIÓN EN REUNIONES MENSUALES, ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO Y COMITÉS INSTITUCIONALES.	-ACTAS DE REUNIÓN, LISTADOS DE ASISTENCIA, EVIDENCIAS DE PARTICIPACIÓN.
12	12. Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa	-APOYO TRANSVERSAL A CAMPAÑAS INSTITUCIONALES, CAPACITACIONES INTERNAS Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN COMUNITARIA.	-REGISTROS DE PARTICIPACIÓN, FOTOGRAFÍAS, INFORMES COMPLEMENTARIOS.

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	$ 2528900
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	93662338	-		
2026	JULIO	2026	08	20				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1750905	$ 280145	**$ 283400**
Salud		FAMISANAR		$ 218863	**$ 221400**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 43200**
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 508148**	**$ 548000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488421288470

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VALENTINA LEAL PELAEZ	2026-08-24 14:40:18
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-08-28 14:07:35
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-08-29 21:23:28

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

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	1023976508	VALENTINA LEAL PELAEZ	kr 25 52c 80 sur	0000000	lealpelaezvalentina@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
		93662338	20/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$548.000	

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	15	2.500	0	221.400	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	15	3.200	0	283.400	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	15	500	43.200			427	43.200	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	15	0	0	0
ICBF				
0	15	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	221.400
Pensión	1	280.200	283.400
Riesgos Laborales	1	42.700	43.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	548.000

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	1023976508	VALENTINA LEAL PELAEZ	kr 25 52c 80 sur	0000000	lealpelaezvalentina@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
		93662338	20/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$548.000	

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	ING	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 1023976508	LEAL PELAEZ VALENTINA	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		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Hola, VALENTINA LEAL PELAEZ!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 548.000,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 19/08/2026

CUS: 580301340

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

Un servicio de ach

ACH Colombia Oficial | @ACHColombia_

ACHColombiaOficial | ACH Colombia Oficial

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

Cancelar

< Evaluac

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
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-6647-2025.zip	DOC CTO-6647-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL SURA 1023976508 CTO 6647-2025.pdf	ARL SURA 1023976508 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2026 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA ENERO 2026 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2026 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 6647 2025.pdf	AD 2 PS 6647 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA MARZO 2026 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2026 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA ABRIL 2026 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2026 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA MAYO 2026 CTO 6647-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2026 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA JUNIO 2026 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2026 CTO 6647-2025.pdf	CUENTA JULIO 2026 CTO 6647-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >