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:	AIDA YAMILE MORA VELANDIA		**Número de Documento:**	52930152	
Correo Electrónico:	aidayamile.ym@gmail.com		**Número Telefónico:**	3106969156	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4134-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	3
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	35	16200	$3547800	119%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3547800**	**TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-03-06	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-03-31

No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-03-25	2026-04-30	1	$ 2980800	448
2	2026-04-15	2026-05-31	2	$ 2881440	803
3	2026-05-15	2026-06-30	3	$ 2867400	1045
4	2026-07-01	2026-07-31	4	$ 2980800	1358
5	2026-08-01	2026-08-31	5	$ 2980800	1471

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 2867400
2	ABRIL	$ 2980800
3	MAYO	$ 2980800
4	JUNIO	$ 2980800
5	JULIO	$ 2980800
6	AGOSTO	$ 3547800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3080160	**$ 17771400**	**$ 18338400**	**$ -567000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	"1. Desarrollar acciones de búsqueda activa comunitaria, para identificar población que requiera vacunación, con sintomatología relacionada con evento de salud pública	-Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural registro diario de vacunacion previa verificación del antecedente vacuna físico digital de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extramurales.	-formato SIS 150
2	2. Registrar la información de la búsqueda activa comunitaria en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad	-Realizar verificación y agendamiento de base VPH	-Realizar procesos de verificación
3	3. Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	-No aplica para el mes actual	-No aplica para el mes actual
4	4. Consolidar informes de bloqueos y búsquedas activas comunitarias por localidad.	-Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según identificación del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas.	-Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según identificación del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas.
5	5. Asistir a comité programa ampliado de inmunizaciones local.	-No aplica para el mes actual	-No aplica para el mes actual
6	6. Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	-No aplica para el mes actual	-No aplica para el mes actual
7	7. Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	-No aplica para el mes actual	-No aplica para el mes actual

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. Asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la Secretaria Distrital De Salud y a La Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E	-No aplica para el mes actual	-No aplica para el mes actual
9	11. Mantener un proceso de autoaprendizaje continuo y actualizado sobre las técnicas de vacunación, los principios de bioseguridad y los signos de alarma relacionados con las alertas epidemiológicas vigentes. Deberá aplicar este conocimiento para garantizar la seguridad y el bienestar de los usuarios.	-Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental.	-Acta de asistencia y participación
10	12. Realizar uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud	-Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamiento y protocolos	-Formato SIS 150 y entrega de formatos en tiempo real.
11	13. 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. "	-No aplica para el mes actual	-No aplica para el mes actual

© 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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9508509145	-		$ 2980800
2026	JULIO	2026	08	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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 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	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	007590351529

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AIDA YAMILE MORA VELANDIA	2026-08-28 21:12:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AIDA YAMILE MORA VELANDIA	2026-08-29 12:41:38
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-08-29 13:41:44
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AIDA YAMILE MORA VELANDIA	2026-08-29 13:50:24
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AIDA YAMILE MORA VELANDIA	2026-08-29 13:56:30
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-08-29 13:58:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-08-29 22:58:48
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	2026-09-15 12:16:25

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



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52930152		MORA VELANDIA AIDA YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38c sur 91 a 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4520446	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	556914940	9508509145	I	2026/08/14	2026/08/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$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 52930152	MORA AIDA	25-14	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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52930152		MORA VELANDIA AIDA YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38c sur 91 a 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4520446	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	556914940	9508509145	I	2026/08/14	2026/08/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

¡Hola, Aída Yamile mora velandia !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 541.800,00

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9508509145

Fecha de la transacción: 10/08/2026

CUS: 556914940

Gracias por utilizar nuestro servicio.

¡Hola, Aída Yamile mora velandia !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 541.800,00

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9508509145

Fecha de la transacción: 10/08/2026

CUS: 556914940

Gracias por utilizar nuestro servicio.

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

< 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	001	4/18/2026 9:25:00 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	-	2,867,400 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	002	6/19/2026 3:02:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	-	2,980,800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	003	6/19/2026 3:03:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	-	2,980,800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	004	7/24/2026 12:03:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	-	2,980,800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	005	8/29/2026 12:36:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	-	2,980,800 COP	Pendiente de registro	Borrar Registro Enviar

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	HOJA DE VIDA SIDEAP, YAMILE MORA.docx	HOJA DE VIDA SIDEAP, YAMILE MORA.docx	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DIPLOMA AUXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	DIPLOMA AUXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO CTO 4134-2026.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO CTO 4134-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	52930152-4134-2026.pdf	52930152-4134-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 4134-2026..pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 4134-2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO CTO 4134-2026..pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CTO 4134-2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ARL-SURA-52930152-4134-2026..pdf	ARL-SURA-52930152-4134-2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 4134-2026.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 4134-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO CTO 4134-2026.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO CTO 4134-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >