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:**	2026-09-01	**Hasta:**	2026-09-30	
Nombre del Contratista:	ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA		**Número de Documento:**	1019119386	
Correo Electrónico:	andrea_152431_rios@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3115290282	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5660-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	1516
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II				
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	176	0	23518	$4139168	95.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4139168**	**CUATRO MILLONES CIENTOTREINTA Y NUEVE MIL CIENTOSESENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-08-03	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-09-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	AGOSTO	$ 4233240	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8654624	**$ 8654624**	**$ 4233240**	**$ 4421384**

© Siasur - 2026

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).	-Se realizan visitas para la caracterización y actualización de los grupos familiares priorizados, identificando de manera detallada los riesgos en salud oral y gestionando las alertas según las necesidades detectadas. Además, se llevan a cabo acciones promocionales enfocadas en la salud oral, asegurando la correcta captura de la información en los formatos y sistemas establecidos por la Secretaría de Salud.	-Formato de Plan de cuidado familiar 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 aplica un revelador de placa sobre la superficie dental del usuario índice, utilizando el método de tamizaje de O'Leary, y se lleva a cabo una evaluación del cepillado dental para los demás miembros de la familia.	-Aplicativo GTAPS.
3	Levantar el odontograma, registrar los hallazgos en la historia clínica del paciente y derivar al tratamiento de salud oral pertinente.	-No se desarrollo actividad para el periodo reportado	-No se desarrollo actividad para el periodo reportado
4	Desarrollar procesos de educación y comunicación en salud oral con la familia, abordando temas acordes a cada momento del curso de vida.	-Realizar acciones educativas de promoción y prevención en salud oral a las familias priorizadas por SDS	-Formato de plan cuidado familia 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.	-Relación con la familia para coordinar el plan de bienestar y establecer compromisos, abarcando prácticas de cuidado, higiene oral, alimentación equilibrada y visitas al servicio odontológico.	-Archivo plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados.
6	Implementar el Plan de Bienestar, gestionando y derivando la activación de rutas de atención individual para el grupo familiar.	-Realizar acciones de implementación y seguimiento del plan de bienestar con la familia.	-Formato de canalización y ficha de notificación
7	Realizar visitas de seguimiento domiciliarias para verificar las acciones concertadas en el plan familiar y la evolución de la calidad del cepillado.	-Seguimientos mensuales del plan de bienestar a la familia.	-Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS.
8	Realizar la sesión de cierre a los 6 meses, reforzando aprendizajes y realizando el seguimiento final al índice de O'Leary.	-Llevar a cabo el cierre y la evaluación del plan de bienestar, así como el cumplimiento de los compromisos establecidos con las familias priorizadas abordadas por la SDS. Además, proceder con la aplicación final del tamizaje O'Leary al usuario índice, analizando los resultados obtenidos y el progreso alcanzado hasta la etapa final.	-Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS.
9	Registrar todas las atenciones y seguimientos en la historia clínica y en los formatos de calidad de cepillado y GTAPS.	-Diligenciamiento de formatos y aplicativos correspondientes al proceso.	-Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS.
10	Activar la atención del servicio odontológico general o especializado según lo requiera el paciente durante el seguimiento.	-Realizar activaciones de ruta según la necesidad identificada en los miembros de la familia.	-Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS y reporte de canalizaciones de ruta.
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.	-Participar en los distintos espacios convocados, como la reunión mensual, el comité de cuidado, los fortalecimientos técnicos, las precríticas y demás encuentros programados por la SDS y la Subred.	Listados de asistencia y actas pertinentes a la actividad.

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias.	-Realización de comunicaciones y llamadas telefónicas para verificación y seguimiento de pacientes de acuerdo a programación	-Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS.
13	Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.	-Realización de comunicaciones para la generación de citas a pacientes de acuerdo a programación	-Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS y reporte de canalizaciones de ruta.
14	Realizar contacto telefónico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS	-Via telefónica se corrobora la asistencia de pacientes a citas programadas.	-Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS.
15	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	-Otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales.	-Listado de asistencia y actas pertinentes a la actividad.

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	$ 4233240
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9510457277	-		
2026	**AGOSTO**	**2026**	**09**	**22**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTAPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1750905	$ 280145	**$ 281100**
Salud		NUEVA EPS		$ 218863	**$ 219600**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 543600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550457200195800

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA	2026-09-27 18:32:08
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-10-01 08:06:12
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA	2026-10-01 09:36:21
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-10-01 14:03:14
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-10-01 16:11:41

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
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019119386		RIOS QUINTANA ANDREA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 101 vis a numero 156 c 26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115290282	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	34790153	9510457277	I	2026/09/18	2026/09/22	BANCO DE OCCIDENTE	4	$543,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
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		$541,800
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		$541,800
1	CC	1019119386	RIOS ANDREA																	23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$900	$0	$281,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$900	$0	$281,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$700	$0	$219,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$700	$0	$219,600
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$1,800**	**$0**	**$543,600**

Grupo AVAL

CORRESPONSAL BANCARIO
BANCO DE OCCIDENTE SA
Puntored no te cobra por esta transaccion
PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-09-22
Hora	14:07:21
Terminal	337462
Punto de Venta	229753
Numero de aprobacion UPC	790153
Tipo de transaccion	Recaudo
ID Transaccion Puntored	1580444076
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA APORTES EN LINEA - 1506
Cod. Convenio	8856
Comercio	459412
Referencia del Pago	9510457277
Valor Pago	$543,600

Línea de atención Nacional
01 8000 512825 Opción 2 Email: corresponsalesaval@ventasyservicios.com.co
BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS (PUNTORED) para el tratamiento de los datos proporcionados para el envío de soportes electrónicos de las transacciones que realice en el punto, cuando ello sea requerido o solicitado por el Usuario, así mismo para realizar estudios de consumo,

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
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA AGOSTO 2026 - CTO. 5660 - 2026.pdf	CUENTA AGOSTO 2026 - CTO. 5660 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

12:05
◀ WhatsApp
e.almeraim.com

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL

ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL

Se registró la información con éxito

Aceptar

Así mismo y para todos los efectos legales que puede recaer sobre la empresa debido a la información aportada, nos permitimos recordar que todos los datos consignados en la presente encuesta son veraces (de acuerdo con el C. S. T., Art. 62, Núm. 1), así mismo autoriza la verificación en los sistemas de información pertinentes.

Nombres

25

12:19

e.almeraim.com

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2

Se registró la información con éxito

Aceptar

Para consultarla, por favor ingrese al siguiente enlace:

https://www.subredsur.gov.co/wp-content/uploads/2023/09/Politica-de-Tratamiento-deDatos_0.pdf

- ○ Acepto

26

z8pz5Rkoym

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA

1019119386

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad horaria de 40 horas.

Para constancia se expide:

26 de septiembre de 2026

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

SMAR SUR

BOGOTÁ

Wz7LMZS3yj

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA

1019119386

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SISTEMA DE ADMINISTRACION SARLAFT

con una intensidad horaria de 40 horas.

Para constancia se expide:

septiembre 26, 2026

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

SMARTSUR

BOGOTÁ

ygJ49SmJyS

SMARSUR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E. certifica que:

ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA

1019119386

Cumplió satisfactoriamente con la:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Para constancia se expide:

26 de septiembre de 2026

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Medellín, 27 de septiembre de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANDREA LIZETH RIOS QUINTANA identificado(a) con C1019119386 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10191193862627037764

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19