

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME							
Periodo Certificar:	a	Desde:	2026-09-01	Hasta:	2026-09-30		
Nombre Contratista:	del	ANNAI VICTORIA CARRILLO MIRANDA			Número de Documento:	1033773036	
Correo Electrónico:	annaivictoriacarrillomiranda@gmail.com			Número Telefónico:	3209460845		
Nombre Supervisor:	del	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	-	242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5637-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	1516
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II				
Dirección a la que Pertenecer:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	170	0	23518	\$3998060	92.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3998060	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SESENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2026-08-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-09-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	AGOSTO	\$ 4139168	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8654624	\$ 8654624	\$ 4139168	\$ 4515456

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la valoración integral del estado funcional de las personas con discapacidad o limitación funcional, aplicando instrumentos como el WHODAS y Barthel.	Realicé la valoración integral del estado funcional de las personas con discapacidad o limitación funcional aplicando instrumentos como el WHODAS y Barthel.	Constancia de valoración integral del estado funcional de las personas con discapacidad o limitación funcional aplicando instrumentos como el WHODAS y Barthel en los aplicativos correspondientes para tal fin
2	Diseñar y concertar el Plan de Bienestar y participación familiar, definiendo prioridades y compromisos para mejorar la funcionalidad y autonomía.	Diseñe y concerte el Plan de Bienestar y participación familiar definiendo prioridades y compromisos para mejorar la funcionalidad y autonomía.	Deje constancia de los planos de Bienestar y participación familiar definiendo prioridades y compromisos para mejorar la funcionalidad y autonomía en los aplicativos correspondientes para tal fin
3	Implementar y realizar el seguimiento al plan de cuidado, identificando avances, logros y dificultades en sesiones presenciales o telefónicas.	Implemente y realice el seguimiento al plan de cuidado identificando avances logros y dificultades en sesiones presenciales o telefónicas	Registre el seguimiento al plan de cuidado identificando avances logros y dificultades en sesiones presenciales o telefónicas en los aplicativos correspondientes para tal fin
4	Orientar a la familia sobre el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, incluyendo estrategias de afrontamiento y adaptaciones ambientales.	Oriente a las familias sobre el manejo cotidiano de la persona con discapacidad incluyendo estrategias de afrontamiento y adaptaciones ambientales.	Entregue a las familias orientaciones sobre el manejo cotidiano de la persona con discapacidad incluyendo estrategias de afrontamiento y adaptaciones ambientales
5	Promover y guiar la elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad que fortalezcan la independencia de la persona con discapacidad.	Promoví y guía la elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad que fortalecen la independencia de la persona con discapacidad.	Promoví y guía la elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad que fortalecen la independencia de la persona con discapacidad.
6	Ejecutar la "Sesión para la Autonomía Cotidiana" en las Casas MAS Bienestar, orientada a mantener la funcionalidad, promover la independencia y favorecer la adaptación al entorno.	Ejecute la Sesión para la Autonomía Cotidiana en las Casas MAS Bienestar orientada a mantener la funcionalidad promover la independencia y favorecer la adaptación al entorno.	Registré la ejecución de la Sesión para la Autonomía Cotidiana en las Casas MAS Bienestar orientado a mantener la funcionalidad promover la independencia y favorecer la adaptación al entorno en los aplicativos dispuestos para tal fin
7	Fomentar el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y activar las rutas de atención social y sanitaria necesarias.	Fomente el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y active las rutas de atención social y sanitaria necesarias.	Fomente el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y active las rutas de atención social y sanitaria necesarias
8	Evaluar el cumplimiento del plan de cuidado al cierre del proceso y re aplicar los instrumentos de valoración para medir los cambios.	Fomente el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y active las rutas de atención social y sanitaria necesarias	Fomente el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y active las rutas de atención social y sanitaria necesarias.
9	Articular con el Agente de Cambio para facilitar la vinculación de las familias a redes de apoyo comunitarias.	Articulé con el Agente de Cambio para facilitar la vinculación de las familias a redes de apoyo comunitarios	Articulé con el Agente de Cambio para facilitar la vinculación de las familias a redes de apoyo comunitarios
10	Registrar todas las valoraciones, planes, seguimientos y cierres en el aplicativo GTAPS y demás herramientas dispuestas.	Registre todas las valoraciones planes seguimientos y cierres en el aplicativo GTAPS y demás herramientas dispuestas	Registre todas las valoraciones planes seguimientos y cierres en el aplicativo GTAPS y demás herramientas dispuestas
11	Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precriticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	Asistí a los diferentes espacios convocados como reunión mensual comité de cuidado fortalecimiento técnicos precriticos y demás espacios por la SDS y la Subred	Listas de asistencia a los diferentes espacios convocados como reunión mensual comité de cuidado fortalecimientos técnicos precriticas y demás espacios por la SDS y la Subred

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.	Efectue llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias	Registro de llamadas telefónicas de seguimiento y verificación de datos, condiciones de salud y necesidades de las familias
13	Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutorias, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.	Apoye los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutorias, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.	Citas médicas registradas en bases de agendamiento de citas en unidades básicas resolutorias, registrando solicitudes confirmaciones y cambios en GTAPS.
14	Realizar contacto telefónico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS	Realice contacto telefónico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS	Historial de llamadas de contacto telefónico por número corporativo para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en 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	Ejecute otras actividades propias de su perfil profesional directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa	Ejecute otras actividades propias de su perfil profesional directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados Mes Anterior	de el	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1085159396	-			\$ 4139168
2026	AGOSTO	2026	09	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTOTREINTA Y NUEVE MIL CIENTOSESENTA Y OCHOPESOS				
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					CAPITAL SALUD EPS		\$ 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	039600062259		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANNAL VICTORIA CARRILLO MIRANDA		2026-09-28 17:41:29		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2026-09-30 20:40:16		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-10-01 15:37:54		

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

PAGADA 2026-09-12 16:27:58.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANNAI VICTORIA CARRILLO MIRANDA						
Documento	CC 1033773036			Dirección	CL 9 SUR #3 A - 25		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3209460845		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1033773036		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					CARRILLO MIRANDA ANNAI VICTORIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales							
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF			
													0	30	30	30	30																													
																															</															

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

649063165

Destino de pago

SIMPLE OI

Motivo

Pago de Seguridad Social

Fecha

12/09/2026

Número de aprobación

00063165

Dirección IP

190.69.219.253

Valor transacción

\$ 554.700,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

172.29.10.57

Referencia 2

CC

Referencia 3

1033773036

Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾

Buscar... 

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Modificación del contrato
- 2 Información general
- 3 Condiciones
- 4 Bienes y servicios
- 5 Documentos del Proveedor
- 6 Documentos del contrato
- 7 Información presupuestal
- 8 Ejecución del Contrato
- 9 Modificaciones del Contrato
- 10 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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ CUENTA AGOSTO 2026 CTO 5637-2026.pdf	CUENTA AGOSTO 2026 CTO 5637-2026.pdf	Comprador Descargar Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



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

ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL

Dando cumplimiento a la Ley 769 de 2002, la Ley 1503 de 2011, el Decreto 1079 de 2015 y sus modificaciones, entre ellas el Decreto 1906 de 2015, la Ley 2050 de 2020 y la Resolución 40595 de 2022, y con el fin de implementar el Plan Estratégico de Seguridad Vial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., nos permitimos solicitar la siguiente información, la cual

ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

Apellidos

Pregunta requerida

Tipo de documento

Pregunta requerida



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

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo el tratamiento de mis datos personales consignados en este formulario, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012, con el

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2

Se registró la información con éxito

Aceptar

☐ No acepto

Pregunta requerida

Siguiente





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

ANNAL VICTORIA CARRILLO MIRANDA

1033773036

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

ANNAI VICTORIA CARRILLO MIRANDA
1033773036

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:

25 de septiembre de 2026

Medellín, 26 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 ANNAI VICTORIA CARRILLO MIRANDA identificado(a) con C1033773036 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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10337730362626962622