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:	STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEGA		**Número de Documento:**	1022446607	
Correo Electrónico:	ssofiarodriguez18@gmail.com		**Número Telefónico:**	3206415243	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5850-2026	**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	184	0	23518	$4327312	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4327312**	**CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS DOCEPESOS**					

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	$ 4068614	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8654624	**$ 8654624**	**$ 4068614**	**$ 4586010**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la concertación con las instituciones educativas priorizadas para la implementación de la estrategia “Embajadores de Bienestar”, conforme al cronograma aprobado.	-Continuar realizando seguimiento a las instituciones contactadas y establecer fechas para la concertación e implementación de la estrategia.	-Actas de visita registros de contacto correos electrónicos y evidencias de gestión institucional
2	Desarrollar jornadas de socialización de la estrategia con estudiantes, docentes, directivos y familias, garantizando la participación de los actores convocados.	-Fortalecer la convocatoria y participación de estudiantes docentes directivos y familias	-Actas registros de asistencia material de socialización y evidencias fotográficas.
3	Diseñar e implementar procesos de formación técnica dirigidos a estudiantes seleccionados como Embajadores de Bienestar, fortaleciendo competencias en promoción de la salud y gestión del riesgo.	-Continuar fortaleciendo las competencias de los estudiantes seleccionados como Embajadores de Bienestar.	-Material pedagógico presentaciones registros de formación y listados de asistencia.
4	Diseñar y ejecutar sesiones de educación transformadora entre pares, orientadas al fortalecimiento de habilidades para el autocuidado, el cuidado colectivo y la prevención de riesgos en salud.	-Implementar espacios de educación entre pares utilizando metodologías participativas y dinámicas.	-Material educativo registros de actividades fotografías y listados de asistencia.
5	Identificar, registrar y reportar oportunamente situaciones de riesgo en salud detectadas en la comunidad educativa, utilizando los instrumentos definidos por la entidad contratante.	-Continuar con la identificación temprana y reporte oportuno de situaciones que requieran atención	-Continuar con la identificación temprana y reporte oportuno de situaciones que requieran atención
6	Realizar la recepción, análisis y validación técnica de los reportes de riesgo generados por los Embajadores de Bienestar, priorizando los casos que requieran intervención.	-Priorizar los casos de acuerdo con las necesidades identificadas y realizar seguimiento a las acciones implementadas.	-Matrices de seguimiento registros de casos y reportes de riesgo.
7	Gestionar la articulación y activación de rutas de atención con las entidades competentes, incluyendo EPS, redes de prestación de servicios y demás actores intersectoriales.	-Realizar seguimiento a las rutas activadas y fortalecer la articulación institucional e intersectorial.	-Registros de orientación remisiones verificaciones en plataformas y seguimiento de ruta
8	Brindar acompañamiento y seguimiento a estudiantes y familias en los casos priorizados, efectuando monitoreo periódico y documentando las acciones realizadas.	-Mantener seguimiento periódico a los casos priorizados y actualizar oportunamente la información.	-Mantener seguimiento periódico a los casos priorizados y actualizar oportunamente la información.
9	Promover e implementar iniciativas pedagógicas y comunicativas orientadas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el fortalecimiento de factores protectores.	-Continuar desarrollando estrategias pedagógicas dirigidas a la comunidad educativa.	-fichas técnicas.
10	Apoyar la formulación, ejecución y seguimiento de planes de bienestar dirigidos a estudiantes y familias, verificando el cumplimiento de las acciones programadas.	-Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones programadas y efectuar ajustes según las necesidades identificada	-Planes de bienestar
11	Elaborar y presentar informes mensuales de ejecución, incluyendo indicadores de cobertura, resultados, casos identificados, rutas activadas y demás evidencias requeridas por la supervisión del contrato.	-Mantener actualizada la información y presentar oportunamente los informes solicitados por la supervisión	-Informe mensual de ejecución

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	Consolidar y mantener los soportes técnicos y administrativos derivados de la ejecución contractual, garantizando el adecuado registro de las actividades, evidencias, listas de asistencia, reportes y demás documentos exigidos para la supervisión	-Mantener organizada y actualizada la documentación correspondiente a la ejecución contractual.	-Carpeta digital de soportes y actas
13	Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias.	-Continuar con el contacto telefónico y actualizar los datos de acuerdo con la información obtenida.	-Registros de llamadas y seguimientos realizados en las plataformas institucionales.
14	Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.	-Continuar verificando disponibilidad de agendas y facilitar el acceso oportuno a los servicios requeridos.	-Registros de agendamiento confirmaciones
15	Realizar contacto telefónico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS	-Continuar con la estrategia de recordación y seguimiento para favorecer la asistencia a las citas programadas.	-Continuar con la estrategia de recordación y seguimiento para favorecer la asistencia a las citas programadas.
16	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	-Continuar fortaleciendo las acciones de Trabajo Social el acompañamiento familiar y la articulación con los equipos de la Subred Sur y las instituciones educativas.	-Actas informes registros de seguimiento evidencias de gestión y demás soportes contractuales.

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	94425212	-		$ 4068614
2026	AGOSTO	2026	09	02				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CUATRO MILLONES SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CATORCEPESOS						

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		NUEVA 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	0550488455428455

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEGA	2026-09-29 11:54:44
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-09-29 20:49:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-09-30 16:52:34

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	1022446607	STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEGA	AV 68 SUR 70D 71	3206415243	ssofiarodriguez18@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
		94425212	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	0	0	42.700			427	42.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	1022446607	STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEGA	AV 68 SUR 70D 71	3206415243	ssofiarodriguez18@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
		94425212	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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	Excepción	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 1022446607	RODRIGUEZ VEGA STEFANNY SOFIA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	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

Bancolombia

Comprobante en línea

1 Sep 2026 19:20

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 616907828

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
181.55.202.51

Fecha
1 Sep 2026 19:20

Referencia 2
CC

Número de factura
94425212

Referencia 3
1022446607

Descripción del pago
MiPlanillacom Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$541.800

Número de comprobante
TR260901192033Sg2OeD

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 8251**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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		
☐	DOCUMENTOS DE STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEEGA 1022446607 (1).zip	DOCUMENTOS DE STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEEGA 1022446607 (1).zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2026 CTO 5850-2026.pdf	CUENTA AGOSTO 2026 CTO 5850-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

y49K8BqKss

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEGA

1022446607

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:

27 de septiembre de 2026

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

SMARTSUR

BOGOTÁ

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

stefanny Sofia Rodriguez Vega

C.C 1.022.446.607

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 27 de septiembre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769336065000

Bs2rRjG2Hc

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEGA

1022446607

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SISTEMA DE ADMINISTRACION SARLAFT

con una intensidad horaria de 40 horas.

Para constancia se expide:

septiembre 27, 2026

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

SMART SUR

BOGOTÁ

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

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2

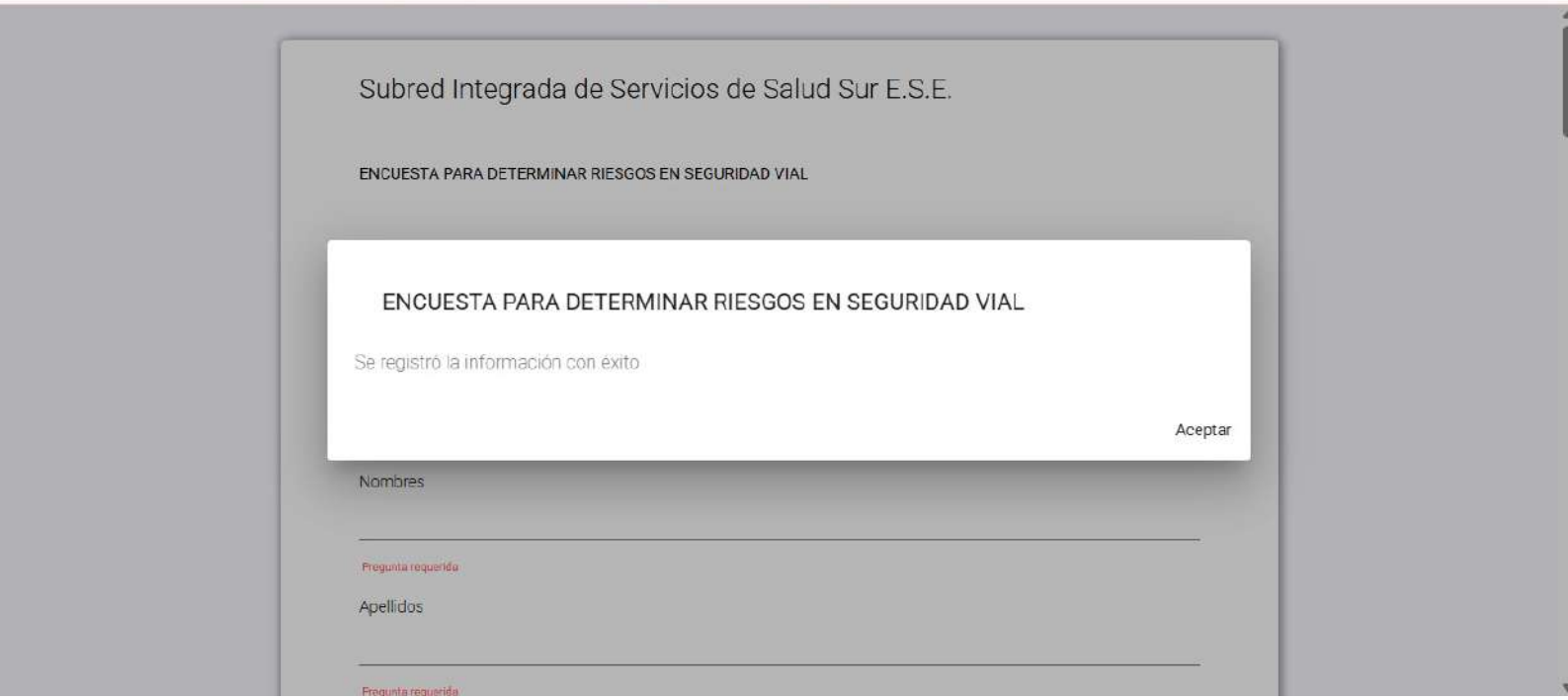
Se registró la información con éxito

Aceptar

Acepto

No acepto

Pregunta requerida


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
Nombres
Pregunta requerida
Apellidos
Pregunta requerida

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 STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEGA identificado(a) con C1022446607 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:C10224466072627046978

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

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 STEFANNY SOFIA RODRIGUEZ VEGA identificado(a) con C1022446607 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:C10224466072627046978

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19