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:	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA		**Número de Documento:**	1030638069	
Correo Electrónico:	mgonzalezarteaga8@gmail.com		**Número Telefónico:**	3508747853	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5933-2026	**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	80	0	23518	$1881440	43.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1881440**	**UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-08-13	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-09-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	AGOSTO	$ 752576	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7500688	**$ 7500688**	**$ 752576**	**$ 6748112**

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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).	1. Se realizan visitas de caracterizacion y/o actualizacion de los grupos familiares priorizados se realiza identificacion de riesgos en salud oral y gestión de alertas acorde a las necesidades identificadas, acciones promocionales con enfoque en salud oral, realizando la captura de la informacion en los formatos y sistemas de información establecidos en los lineamientos de SDS.	1. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS
2	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.	-2. Se realiza aplicación de gotas reveladoras sobre la superficie dental del usuario indice (tamizale o´leary) y se realiza clasificacion del cepillado dental a los demas integrantes de la familia	2. Aplicativo GTAPS-
3	3. Levantar el odontograma, registrar los hallazgos en la historia clínica del paciente y derivar al tratamiento de salud oral pertinente.	-3. No aplica	-3. No aplica
4	4. Desarrollar procesos de educación y comunicación en salud oral con la familia, abordando temas acordes a cada momento del curso de vida.	4. Realizar acciones educativas de promocion y prevencion en salud oral a las familias priorizadas por SDS	-4. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS
5	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.	-5. Acercamiento A la familia para concertar el plan de cuidado de Bienestar y compromisos incluyendo: practicas de cuidado,higiene bucodental alimentacion saludable y asistencia a servicio odontologico.	-5. Archivo Plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados.
6	6. Implementar el Plan de Bienestar, gestionando y derivando la activación de rutas de atención individual para el grupo familiar.	-6. Realizar acciones de implementación y Seguimiento del Plan de bienestar con la familia	-6. Formato de canalizacion y ficha de notficacion.
7	7. Realizar visitas de seguimiento domiciliarias para verificar las acciones concertadas en el plan familiar y la evolución de la calidad del cepillado.	-7. Segumientos mensuales del plan de bienestar a la famiia	-7. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS
8	8. Realizar la sesión de cierre a los 6 meses, reforzando aprendizajes y realizando el seguimiento final al índice de O'Leary.	-8. Realizar cierre y evaluacion del plan de bienestar y cumplimiento de compromisos con las familias priorizadas abordadas desde SDS, y aplicacion final de tamizaje o'leary al usuario indice, generando resultado y avance final.	-8. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS
9	9. Registrar todas las atenciones y seguimientos en la historia clínica y en los formatos de calidad de cepillado y GTAPS.	-9. Diligenciamiento de formatos y aplicativos correspondientes al proceso	-9. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS
10	10. Activar la atención del servicio odontológico general o especializado según lo requiera el paciente durante el seguimiento.	-10. Realizar activaciones de ruta segun la necesidad identifiada en los miembros de la familia	-10. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS y reporte de canalizaciones de ruta
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.	-11. Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunion mensual, comité de cuidado, fortalecimientos tecnicos, precriticas y demas espacios por la SDS y la subred	-11. 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	12.Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias.	-12. Otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales	-12. Listados de asistencia y actas pertinentes a la actividad
13	13.Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.	-13. Realizar acciones de implementación y Seguimiento del Plan de bienestar con la familia	-13. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS
14	14.Realizar contacto telefónico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS	-14. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS	-14. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS
15	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	-15. Otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales	-15. Formato de plan de cuidado familiar y aplicativo GTAPS

© 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	$ 752576
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	94821106	-		
2026	AGOSTO	2026	09	24				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEISPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1750905	$ 280145	**$ 282100**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 218863	**$ 220400**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 43000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 545500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	073573180

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA	2026-10-02 11:10:04
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA	2026-10-02 11:30:38
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-10-02 11:38:03
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA	2026-10-02 11:38:03
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA	2026-10-02 11:41:23
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-10-02 11:48:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-10-02 18:16:46

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

© Siasur - 2026

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	1030638069	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA	Cra 75 # 6B 90	4113343	mgonzalezarteaga8@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
		94821106	24/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$545.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	9	1.500	0	220.400	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	9	1.900	0	282.100	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	9	300	43.000			427	43.000	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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	220.400
Pensión	1	280.200	282.100
Riesgos Laborales	1	42.700	43.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	545.500

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	1030638069	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA	Cra 75 # 6B 90	4113343	mgonzalezarteaga8@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
		94821106	24/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$545.500	

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	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 1030638069	GONZALEZ ARTEAGA MARIA FERNANDA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	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

Medellín, 02 de octubre 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 MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA identificado(a) con C1030638069 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:C10306380692627537949

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 679719629 Papelera

serviciopse 23 de sep.
para me

¡Hola, MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 545.500,00
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 23/09/2026
CUS: 679719629

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_

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 5933-2026.pdf	CUENTA AGOSTO 2026 CTO 5933-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >