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:**	2025-03-01	**Hasta:**	2025-03-31	
Nombre del Contratista:	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE		**Número de Documento:**	1013681679	
Correo Electrónico:	PAWCALINA98@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3222388299	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1788-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	93	21729	$6018933	150.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6018933**	**SEIS MILLONES DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRESPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-03	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 3998136	
2	FEBRERO	$ 3998136	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 27054013	**$ 27054013**	**$ 7996272**	**$ 19057741**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar investigaciones epidemiológicas de campo (iec) de eventos de interés en salud pública.	Se realizan 29 caracterizaciones de gestantes entre las localidades de ciudad bolívar, usme y tunjuelito	Ficha de caracterización en formato epiinfo 7, listados de firmas, anexo de familiogramas y recomendaciones nutricionales en carpeta de one drive
2	2. registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	Se realiza diligenciamiento de la ficha de caracterización de gestantes	Ficha de caracterización / project en aplicativo epiinfo 7
3	3. identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad.	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado
4	4. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad.	Se realizan 14 canalizaciones según necesidades en salud identificadas, se realiza diligenciamiento del anexo de migrantes y del link de barreras de acceso según requerimiento. Todo sujeto de canalización se realizará hasta fin del mes.	Diligenciamiento del formato y envío de canalizaciones al correo designado, diligenciamiento del anexo de migrantes y link de barreras de acceso.
5	5. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato y productos a la sds.	Asistencia al fortalecimiento técnico sobre formulación, manejo y uso de fórmulas terapéuticas para la desnutrición aguda y al entrenamiento Entorno Activación de rutas 1, 4 y 5 Modalidad Canalizaciones Oferta Social con riesgo o alteraciones nutricionales.	Actas y listados de asistencia.
6	6. realizar cruces de información para la verificación de los eventos abordados en la iec de cada variable.	Se realiza depuración del 100% de las variables del formulario de seguimientos telefónicos realizados a los casos de 113 y riesgo de desnutrición aguda, así como a las variables de las caracterizaciones epidemiológicas a gestantes.	Actas y listados de asistencia de depuración y de revisión en preauditoría.
7	7. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Se asiste a la reunión de equipo SISVAN y a la ULC	Actas y listados de asistencia
8	8. realizar Realizar acompañamiento técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui y upgds.	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado
9	9. realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado
10	10. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	Seguimiento telefónico al 100% de los casos del evento 113 y a 25 casos de Riesgo de desnutrición aguda	Formulario de seguimientos telefónicos del evento 113 y de riesgo de desnutrición aguda enviados al correo designado
11	11. 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	Asistencia al fortalecimiento técnico sobre formulación, manejo y uso de fórmulas terapéuticas para la desnutrición aguda y al entrenamiento Entorno Activación de rutas 1, 4 y 5 Modalidad Canalizaciones Oferta Social con riesgo o alteraciones nutricionales.	Actas y listados de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12. participar de las actividades asignadas por la coordinación pic. 12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado

© Siasur - 2025

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	$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	84314608	-		
2025	FEBRERO	2025	03	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1599254	$ 255881	**$ 256000**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 464136**	**$ 495000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488440410733

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE	2025-03-27 17:52:50
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE	2025-03-27 17:53:38
RECHAZADO SUPERVISOR	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2025-03-27 20:09:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE	2025-03-27 20:12:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2025-03-27 20:30:36
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-03-29 15:41:16

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.

NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO

© Siasur - 2025

© Siasur - 2025

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	1013681679	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE	CARRERA 19 B 53 95 SUR	9078335	pccm2024@outlook.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	11/03/2025	84314608	$527.000	

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	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.000	0	0	32.000	1

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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	1	32.000	32.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	527.000	527.000

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	1013681679	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE		CARRERA 19 B 53 95 SUR	9078335	pccm2024@outlook.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	11/03/2025	84314608	$527.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013681679	CASTRO MANRIQUE PAULA CATALINA	59	0			N																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-11	1.600.000	3	39.000	CCF24	1.600.000	32.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

Datos guardados

Cancelar

< Evalua

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_DICIEMBRE_CTO_1788-2025.pdf (Archivado)	CUENTA_DICIEMBRE_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_ENERO_CTO_1788-2025.pdf	CUENTA_ENERO_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_FEBRERO_CTO_1788-2025.pdf	CUENTA_FEBRERO_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados