

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-06-01	Hasta:	2025-06-30	
Nombre del Contratista:	DERLI YULIET PALACIOS MARTINEZ		Número de Documento:	1022949070	
Correo Electrónico:	derly8604@gmail.com		Número Telefónico:	3214063212	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1567-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	30	28038	\$6000132	120.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6000132	SEIS MILLONES CIENTOTREINTA Y DOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-02		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-23
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-04-21		1	\$ 2860408	711
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 4997624	
2		FEBRERO		\$ 4997624	
3		MARZO		\$ 5486522	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	ABRIL	\$ 6953424	
5	MAYO	\$ 6280512	
6	JUNIO	\$ 6000132	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 33817161		\$ 36677569	\$ 34715838
			\$ 1961731
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Planear y concertar el plan de acción en los entornos cuidador educativo, institucional y comunitario	-Se realizó reunión de concertación con coordinadores de las sedes del colegio de la cuenca río Sumapaz.	-Acta de reunión y listado de asistencia.
2	2. Implementar las acciones en la ruralidad para los entornos cuidador educativo, institucional y comunitario	-Se realizan sesiones en las sedes del colegio Juan de la cruz Varela, cuenca río Sumapaz. -Se realiza ejecuciones de nodos comunitarios de salud mental en la cuenca río Sumapaz.	- Fichas de sesión colectiva con listado de asistencia, fichas metodológicas y diarios de campo.
3	3. Realizar sesiones con escolares	-Se realizan sesiones con estudiantes del colegio gimnasio campestre Juan de la Cruz Varela, en las diferentes sedes ubicadas en la cuenca Río Sumapaz.	-Fichas de sesión colectiva en entorno cuidador educativo, y relaciones de cada fortalecimiento.
4	4. Realizar sesiones de evaluación del plan de cuidado escolar	-Se realizó reunión de evaluación del plan de cuidado con coordinadores y orientadores de las sedes del colegio gimnasio Juan de la cruz Varela, a la fecha se realizó fortalecimientos con docentes y estudiantes.	-Actas, listado de asistencia.
5	5. Realizar sesión de consolidación y entrega de resultados en el entorno cuidador educativo	-Se ejecuta propuesta del plan de cuidado, se realiza gestión documental y administrativa.	- productos de formatos diligenciados.
6	6. Implementar las sesiones grupales de seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, salud mental, discapacidad,	-Realización de nodo de salud mental, participación en nodos de Ambiental.	-Fichas metodológicas, Diario de campo y Ficha de sesiones colectivas.
7	7. Generar información requerida para realizar los reportes solicitados por Secretaría Distrital de Salud y Subred sur.	-Se realizan temáticas enfocadas a las necesidades de la comunidad a abarcar las dimensiones de psicología, enfocadas en el bienestar de los usuarios, entrega de informes y demás requerimientos.	-Fichas metodológicas, diarios de campo, actas de reunión e informes solicitados.
8	8. Asistir y participar activamente en los espacios convocados por parte de la Subred (reunión de equipo, ULC, etc.) y los espacios convocados por la Secretaría Distrital de Salud	-Participación activa en Reuniones de equipo, asistencias técnicas, capacitaciones y manejo de formatos de forma presencial y virtual.	-Actas de reunión y listados de asistencia.
9	9. Realizar la canalización sectorial a través de las unidades de atención de la localidad y otras EAPB en formato establecido por la SDS; asimismo, realizar el seguimiento a la efectividad de las canalizaciones.	-Realización de canalizaciones según lo establecido por la SDS.	-Diligenciamiento y envío de formato.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10.. Realizar la canalización intersectorial según las necesidades identificadas en el trabajo desarrollado por el equipo integral de ruralidad, en los diferentes contextos en que se desenvuelve la población, presentando informe mensual de seguimiento a la efectividad de las canalizaciones, con análisis de respuesta de la localidad.	-Durante el período certificado no se ejecutó esta acción.	- No aplica .
11	11. Realizar la canalización sectorial a través de las unidades de atención de la localidad y otras EAPB en formato establecido por la SDS; asimismo, realizar el seguimiento a la efectividad de las canalizaciones.	-Realización de canalizaciones según lo establecido por la SDS.	-Diligenciamiento y envío y de formato de canalización, seguimiento de caso.
12	12, Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Se realiza diligenciamiento y revisión de formatos.	-Se realiza entrega de formatos diligenciados durante el tiempo de certificación.
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se realizaron procesos de auditoria, asistencias técnicas y demás solicitudes recibidas.	-Actas de reunión y listados de asistencia.

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		\$ 6280512
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	87596499	-			
2025	MAYO	2025	06	20					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS DOCEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2512205	\$ 401953	\$ 402600	
Salud					COMPENSAR		\$ 314026	\$ 314600	
ARL				3	SURA		\$ 61197	\$ 61300	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 729093	\$ 778500	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	437156037

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DERLI YULIET PALACIOS MARTINEZ	2025-06-20 18:09:23
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-23 12:05:15
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-26 12:10:41

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022949070	DERLI YULIET PALACIOS MARTINEZ		CLL 77B SUR 0 76 INT 1	9207137	DERLY8604@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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	
2025-05	2025-05	I	20/06/2025	87596499	\$778.500	

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	314.100	0		0		0	2	500	0	314.600	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	402.000	0	0	0	0	2	600	0	402.600	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	61.200				61.200	2	100	61.300			612	61.300	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	314.100	314.600
Pensión	1	402.000	402.600
Riesgos Laborales	1	61.200	61.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	777.300	778.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022949070	DERLI YULIET PALACIOS MARTINEZ		CLL 77B SUR 0 76 INT 1	9207137	DERLY8604@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	20/06/2025	87596499	\$778.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1022949070	PALACIOS MARTINEZ DERLI YULIET	59	0		N								X										230301	2.512.249	402.000	0	0	0	0	EPS008	2.512.249	314.100	14-11	2.512.249	3	61.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Derli Palacios <derly8604@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada CUS 1569042919

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: DERLY8604@gmail.com

20 de junio de 2025, 4:27 p.m.

**¡Hola, DERLI YULIET PALACIOS MARTINEZ!****Estado de la Transacción:** **Aprobada ****Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 778.500**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 20/06/2025**CUS:** 1569042919

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta 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.