

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

|                         |                                |            |                                                |                      |               |   |  |
|-------------------------|--------------------------------|------------|------------------------------------------------|----------------------|---------------|---|--|
| DATOS DEL INFORME       |                                |            |                                                |                      |               |   |  |
| Periodo a Certificar:   | Desde:                         | 2024-08-01 | Hasta:                                         | 2024-08-31           |               |   |  |
| Nombre del Contratista: | NADIRA GEORGEDT AZIZ CORREDOR  |            |                                                | Número de Documento: | 1022397519    |   |  |
| Correo Electrónico:     | nadira.aziz.corredor@gmail.com |            |                                                | Número Telefónico:   | 3213711835    |   |  |
| Nombre del Supervisor:  | JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA   | Cargo:     | PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO) |                      | Código Grado: | - |  |

|                                |                                          |               |      |                       |      |  |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|--|
| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |      |  |
| No. Contrato:                  | 5046-2024                                | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 1428 |  |
| 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     | Procetaje(%) Centro de Costos |
| K30PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                          | 184          | 0                        | 21729      | \$3998136 | 100%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3998136                               | TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS |              |                          |            |           |                               |

|                                     |              |                     |             |                                           |  |            |  |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|--|------------|--|
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |  |            |  |
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2024-06-04          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial |  | 2024-07-31 |  |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             |  | CDP        |  |
| 1                                   | 2024-07-01   | 2024-09-15          | 1           | \$ 5997204                                |  | 1918       |  |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |  |            |  |
| 1                                   |              | JUNIO               |             | \$ 3998136                                |  |            |  |
| 2                                   |              | JULIO               |             | \$ 3998136                                |  |            |  |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|

| \$ 7996272                                              |                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ 13993476                                                                                                                                                                               | \$ 7996272                                | \$ 5997204 |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                          | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                | PRODUCTO O EVIDENCIA                      |            |
| 1                                                       | 1. Identificar en el entorno cuidador comunitario, las diferentes dinámicas sociales, mediante proceso de observación y análisis del contexto socio ambiental.                                                                                           | Recorrido y cartografia en cada uno de los barrios priorizados                                                                                                                            | Formato de sesiones colectivas            |            |
| 2                                                       | 2. Presentar productos para precritica y preauditoria                                                                                                                                                                                                    | Entrega semanal de los productos organizados con la correspondiente precritica para su revision y digitacion.                                                                             | Formato de sesiones colectivas            |            |
| 3                                                       | 3. implementar estrategias lúdicas pedagógicas para generar mensajes de recordación en acciones promoción y prevención en salud.                                                                                                                         | Desarrollo de acciones de educacion en salud ambiental y fortalecimeintos de nodos con el apoyo de juegos, piezas comunicativas, portafolios entre otros.                                 | Formato de sesiones colectivas            |            |
| 4                                                       | 4. Socializar e implementar las líneas de la política en salud ambiental.                                                                                                                                                                                | Desarrollar reciclatores que permitan realizar la recoleccion de residuos posconsumo y se sumen a la recuperacion de los espacios en los territorios de las 3 localidad de la subred sur. | Formato de sesiones colectivas            |            |
| 5                                                       | 5. desarrollar y gestionar estrategias de recuperación de puntos críticos en salud socio ambiental.                                                                                                                                                      | Desarrollar encuentros barriales en salud ambiental donde se posicionen las lineas de la politica                                                                                         | Formato de sesiones colectivas            |            |
| 6                                                       | 6. identificar condiciones y factores que afectan positiva o negativamente las posibilidades sociales de distanciamiento o confinamiento mediante la aplicación del instrumento de caracterización entregado por la secretaria distrital de salud (SDS). | Desarrollar acciones de salud publica en el espacio publico, permitiendo afianzar los temas relacionados a la salud ambiental                                                             | Formato de sesiones colectivas            |            |
| 7                                                       | 7. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.                                                                                                                                                               | Desarrollar acciones de salud publica en el espacio publico, permitiendo afianzar los temas relacionados a la salud ambiental                                                             | Formato de sesiones colectivas            |            |
| 8                                                       | 8. Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.                                                                                                                                       | Dar cumplimiento a las actividades programadas y asignadas para la estrategia T-CREAS                                                                                                     | Formato de sesiones colectivas            |            |
| 9                                                       | 9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales,                                                                                                                                                     | Según las actividades y necesidades programacion de jornadas y actividades del PIC.                                                                                                       | 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 |                     |                |
| AÑO                                                     | MES                           | AÑO           | MES | DÍA | 78779020                                                                | -                          |                                                  |                     | \$ 3998136     |
| 2024                                                    | JULIO                         | 2024          | 08  | 22  |                                                                         |                            |                                                  |                     |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                               |               |     |     | TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS |                            |                                                  |                     |                |
| Item                                                    |                               |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                 | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |                     | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |                               |               |     | NO  | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES                     | \$ 1599254                 | \$ 255881                                        |                     | \$ 259000      |
| Salud                                                   |                               |               |     |     | FAMISANAR                                                               |                            | \$ 199907                                        |                     | \$ 202400      |
| ARL                                                     |                               |               |     | 3   | POSITIVA                                                                |                            | \$ 38958                                         |                     | \$ 39500       |
| Caja de Compensación                                    |                               |               |     | NO  |                                                                         | Total                      | \$ 464136                                        |                     | \$ 500900      |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                               |               |     |     |                                                                         |                            |                                                  |                     |                |
| Entidad Bancaria                                        | RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A. |               |     |     | Tipo de Cuenta                                                          | AHORROS                    | Número de Cuenta                                 | 4742002126          |                |
| HISTÓRICO                                               |                               |               |     |     |                                                                         |                            |                                                  |                     |                |
| OBSERVACIÓN                                             |                               |               |     |     | USUARIO                                                                 |                            |                                                  | FECHA               |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                               |               |     |     | NADIRA GEORGEDT AZIZ CORREDOR                                           |                            |                                                  | 2024-08-23 10:52:45 |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                               |               |     |     | JEISON RODRIGO PARRA TRIANA                                             |                            |                                                  | 2024-08-24 00:09:58 |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                               |               |     |     | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                               |                            |                                                  | 2024-08-24 08:04:34 |                |

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.



JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA  
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                              |        |                                     |                    |                                |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                           | TELÉFONO           | CORREO                         |
| CC                                  | 1022397519        | NADIRA GEORGET AZIZ CORREDOR |        | Calle 11a no. 79a-28 torre4 apto503 | 2175142            | nadira.aziz.corredor@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 |                   |                              |        |                                     |                    | SI                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                         |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC        |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0          |
| 2024-07              | 2024-07                           | I             | 22/08/2024               | 78779020        | TOTAL A PAGAR \$500.900 |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 200.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 16        | 2.400                 | 0              | 202.400       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 255.900                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 16        | 3.100                 | 0              | 259.000       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 39.000                 |                  |       |                        | 39.000                | 16        | 500                   | 39.500              |                            |                     | 390               | 39.500        | 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                    | 16        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 16        | 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                             | 202.400       |
| Pensión                | 1                              | 255.900                             | 259.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.500        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 494.900                             | 500.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1022397519        | NADIRA GEORGEDT AZIZ CORREDOR |        | Calle 11a no. 79a-28 torre4 apto503 | 2175142            | nadira.aziz.corredor@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 |
|                     |                   |                               |        |                                     |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-07              | 2024-07                           | I             | 22/08/2024               | 78779020        | \$500.900     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| 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 exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN    | IOE | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | 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   | 1022397519            | AZIZ CORREDOR NADIRA GEORGEDT | 59        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     | 25-14    | 1.599.254 | 255.900                | 0                 | 0       | 0               | 0          | EPS017     | 1.599.254 | 200.000      | 14-23                  | 1.599.254   | 3           | 39.000      |            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



Nadira Georgedt Aziz Corredor <nadira.aziz.corredor@gmail.com>

 **PSE Transacción Aprobada - CUS 860369951** 

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>

22 de agosto de 2024, 7:05

Para: nadira.aziz.corredor@gmail.com



**¡Hola, nadira aziz corredor!**

**Gracias por utilizar los servicios de SCOTIABANK COLPATRIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**   
CUS: 860369951  
Empresa: COMPENSAR-OI  
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social  
Valor de la Transacción: \$ 500.900  
Fecha de Transacción: 22/08/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

► Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

► Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 10:44:52  
Nadira Georgedt A...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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 |                           |                         |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abril_2024-CTO-4138-2023.pdf | Abril_2024-CTO-4138-2023.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Junio_2024_CTO_5046-2024.pdf | Junio_2024_CTO_5046-2024.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Julio-2024_CTO-5046-2024.pdf | Julio-2024_CTO-5046-2024.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>