

|                                                                                   |                                          |                                                                               |               |                                              |                                           |                                                                                     |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|  |                                          | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.                             |               |                                              |                                           |                                                                                     |                                |
|                                                                                   |                                          | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                |               |                                              |                                           |  |                                |
| DATOS DEL INFORME                                                                 |                                          |                                                                               |               |                                              |                                           |                                                                                     |                                |
| Periodo a Certificar:                                                             |                                          | Desde:                                                                        | 2024-07-01    | Hasta:                                       | 2024-07-31                                |                                                                                     |                                |
| Nombre Contratista:                                                               |                                          | del LAURA GISELA GONZALEZ ROJAS                                               |               | Número de Documento:                         |                                           | 1019129003                                                                          |                                |
| Correo Electrónico:                                                               |                                          | lggonalezr@unal.edu.co                                                        |               | Número Telefónico:                           |                                           | 3203727477                                                                          |                                |
| Nombre Supervisor:                                                                |                                          | del IRIS ANDREA MOYA MUÑOZ                                                    | Cargo:        | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 LIDER DE PROCESO |                                           | Código Grado:                                                                       | -                              |
| DATOS DEL CONTRATO                                                                |                                          |                                                                               |               |                                              |                                           |                                                                                     |                                |
| No. Contrato:                                                                     |                                          | 5444-2024                                                                     | 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                                                                               | Procentaje(%) Centro de Costos |
| K33PI                                                                             | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                                 | 184           | 0                                            | 27161                                     | \$4997624                                                                           | 100%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                      | \$ 4997624                               | CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTICUATROPESOS |               |                                              |                                           |                                                                                     |                                |
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                                               |                                          |                                                                               |               |                                              |                                           |                                                                                     |                                |
| Fecha de Inicio del Contrato                                                      |                                          | 2024-06-01                                                                    |               |                                              | 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             | \$ 7496436                                   |                                           | 1918                                                                                |                                |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                                               |                                          | Mes Cuenta de Cobro                                                           |               |                                              | Valor a Pagar                             |                                                                                     |                                |
| 1                                                                                 |                                          | JUNIO                                                                         |               |                                              | \$ 4997624                                |                                                                                     |                                |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                      | PAGOS REALIZADOS                                                                             | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 9995248                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 17491684                                                                                                                                   | \$ 4997624                                                                                   | \$ 12494060        |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                    | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                         |                    |
| 1                                                       | 1 realizar gestion integral sectorial, intersectorial y comunitaria que contribuya al posicionamiento de las prioridades en salud haciendo referencia a las necesidades del territorio identificadas en coherencia con el plan territorial de salud, plan de desarrollo local y el plan operativo anual de subred integrada de servicios de salud sur e.s.e.. | -Participación en las instancias correspondientes a la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional e Infancia y adolescencia.             | -Acta y listados de asistencia                                                               |                    |
| 2                                                       | 2. efectuar despliegue tecnico de todas las acciones del plan de salud publica intervenciones colectivas (pspic) y de la politica de atencion integral en salud.                                                                                                                                                                                              | -Participación en las diferentes actividades que conlleven al plan de intervenciones colectivas de la localidad de Sumapaz.                   | -Actas y listados de asistencias                                                             |                    |
| 3                                                       | 3. realizar seguimiento a compromisos de las politicas publicas priorizadas en la ruralidad                                                                                                                                                                                                                                                                   | -Dar cumplimiento a los compromisos establecidos para las políticas de SAN e Infancia y Adolescencia                                          | -Actas y listados de asistencia; matriz de compromisos                                       |                    |
| 4                                                       | 4. desarrollar consolidacion y entrega oportuna de los informes que hacen parte del mes ejecutado de acuerdo a los tiempos establecidos                                                                                                                                                                                                                       | -Entrega de informes solicitados por la Secretaría Distrital de Salud con los parámetros y tiempos establecidos.                              | -Informes entregados a la Secretaría Distrital de Salud                                      |                    |
| 5                                                       | 5. realizar acciones de mejoramiento y entregar de manera oportuna cronogramas de actividades                                                                                                                                                                                                                                                                 | -Cumplir con el diligenciamiento y desarrollo de las actividades estipuladas en el cronograma mensual                                         | -Cronograma mensual de actividades.                                                          |                    |
| 6                                                       | 6. dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la subred integrada de servicios de salud sur e.s.e.,                                                                                                                                                                                                                                              | -Dar cumplimiento a las diferentes actividades, compromisos desde las políticas de SAN e Infancia y Adolescencia para la localidad de Sumapaz | -Actas y listados de asistencia ; matriz de seguimiento a políticas, portafolio actualizado. |                    |
| 7                                                       | 7. presentar los productos con atributos de calidad, oportunidad y veracidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -Entrega oportuna de productos, para auditoria interna y/o externa.                                                                           | -Actas y listados de asistencia ; matriz de seguimiento de políticas                         |                    |
| 8                                                       | 8. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.                                                                                                                                                                                                                           | -Gestión documental de los soportes y entregables de las politicas de la localidad de Sumapaz                                                 | - Soportes en Gestión Documental                                                             |                    |
| 9                                                       | 9. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.                                                                                                                                                                                                                                       | -Informes a supervisión del contrato de forma oportunamente en caso de presentarse novedades en las actividades.                              | -Actas y listados de asistencia; correos.                                                    |                    |
| 10                                                      | 10. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.                                                                                                                                                                                                                                              | -Gestión documental de los soportes y entregables de las politicas de la localidad de Sumapaz                                                 | -Gestión documental respectiva.                                                              |                    |
| 11                                                      | 11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales                                                                                                                                                                                                                                                          | -Realizar las actividades concertadas con supervisión del contrato.                                                                           | -Actas 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 |                     | \$ 4997624 |
| AÑO                                                     | MES   | AÑO              | MES | DÍA | 71195335                                                                      | -                          |                                                  |                     |            |
| 2024                                                    | JUNIO | 2024             | 07  | 04  |                                                                               |                            |                                                  |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |                  |     |     | CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTICUATROPESOS |                            |                                                  |                     |            |
| Item                                                    |       |                  |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                       | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |            |
| Pensionado                                              |       |                  |     | NO  | PORVENIR                                                                      | \$ 1999050                 | \$ 319848                                        | \$ 319900           |            |
| Salud                                                   |       |                  |     |     | SURA                                                                          |                            | \$ 249881                                        | \$ 249900           |            |
| ARL                                                     |       |                  |     | 3   | POSITIVA                                                                      |                            | \$ 48697                                         | \$ 48700            |            |
| Caja de Compensación                                    |       |                  |     | NO  |                                                                               | Total                      | \$ 580164                                        | \$ 618500           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |       |                  |     |     |                                                                               |                            |                                                  |                     |            |
| Entidad Bancaria                                        |       | BANCOLOMBIA S.A. |     |     | Tipo de Cuenta                                                                | AHORROS                    | Número de Cuenta                                 | 16806856715         |            |
| HISTÓRICO                                               |       |                  |     |     |                                                                               |                            |                                                  |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                             |       |                  |     |     | USUARIO                                                                       |                            |                                                  | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |       |                  |     |     | LAURA GISELA GONZALEZ ROJAS                                                   |                            |                                                  | 2024-07-29 09:49:09 |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |       |                  |     |     | IRIS ANDREA MOYA MUNOZ                                                        |                            |                                                  | 2024-07-30 23:21:20 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |       |                  |     |     | LAURA GISELA GONZALEZ ROJAS                                                   |                            |                                                  | 2024-07-31 21:30:07 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |       |                  |     |     | IRIS ANDREA MOYA MUNOZ                                                        |                            |                                                  | 2024-07-31 21:35:22 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |       |                  |     |     | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                                     |                            |                                                  | 2024-08-01 09:34:30 |            |

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.



IRIS ANDREA MOYA MUÑOZ  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 LIDER DE PROCESO



SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-07-29, 09:32:05 AM Tipo Planilla I Número Planilla 71195335  
Periodo Cotización 202406 Periodo Servicio 202406  
Cliente:

PAGADA 2024-07-04

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                             |  |  |                    |                           |                 |   |
|---------------------|-----------------------------|--|--|--------------------|---------------------------|-----------------|---|
| Razón Social        | LAURA GISELA GONZALEZ ROJAS |  |  |                    |                           |                 |   |
| Documento           | CC 1019129003               |  |  | Dirección          | CR 55A #163 - 35 APTO 714 |                 |   |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE               |  |  | Teléfono           | 3203727477                |                 |   |
| Tipo Persona        | NATURAL                     |  |  | Forma Presentación | ÚNICO                     | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                 |  |  | Departamento       | BOGOTA D.C.               |                 |   |
| Representante Legal |                             |  |  | Identificación     |                           |                 |   |

II. DATOS DEL AFILIADO

|                |               |    |           |  |           |   |                             |                              |                   |                   |
|----------------|---------------|----|-----------|--|-----------|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento      | CC 1019129003 |    | Residente |  | Exonerado | N | Apellidos y Nombres         | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Cotizante | 59            | 00 |           |  |           |   | GONZALEZ ROJAS LAURA GISELA | 11001000 - 11                |                   | BOGOTA D.C.       |

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión  |          |          |          |              |                  | Salud      |              |                  |                  |                    |            | Riesgos          |            |              |              | Caja       |            |              |            | Parafiscales |                |            |            |              |             |             |             |             |             |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|--------------|---------|----------|----------|----------|----------|--------------|------------------|------------|--------------|------------------|------------------|--------------------|------------|------------------|------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|--------------|----------------|------------|------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |            |              |         | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Código AFP   | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC          | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPTS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS      | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL      | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF      | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |         |          |          |          |          |              |                  |            |              |                  |                  |                    |            |                  |            |              |              |            |            |              |            |              |                |            |            |              |             |             |             |             |             |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0   | 30         | 30           | 30      | 30       |          |          |          | \$ 1.999.050 | 230301           | 16 %       | \$ 1.999.050 | \$ 319.900       | \$ 0             | \$ 0               | EPS010     |                  | 12,5 %     | \$ 1.999.050 | \$ 249.900   | \$ 0       | 14-23      | 3            | 2,436 %    | \$ 1.999.050 | \$ 48.700      | CCF22      | 2 %        | \$ 1.999.050 | \$ 40.000   | 0 %         | \$ 0        | 0 %         | \$ 0        |

IV.TOTALES

|                       |                   |                    |                     |                       |                     |                    |                    |                    |                   |             |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSFS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
| PORVENIR              | FSP SOLIDARIDAD   | FSP SUBSISTENCIA   | EPS SURA            | POSITIVA DE SEGUROS   | COLSUBSIDIO         | SENA               | ICBF               | ESAP               | MEN               |             |
| \$ 319.900            | \$ 0              | \$ 0               | \$ 249.900          | \$ 48.700             | \$ 40.000           | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0              |             |

### Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



#### Información de la Planilla Pagada

|                                          |                             |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900089104-5                 |
| Razón Social del Operador de Información | Enlace Operativo            |
| Descripción                              | Pago de SuAporte            |
| Fecha                                    | 2024-07-04, 12:32:26 PM     |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | junio de 2024               |
| Periodo de Cotización Para Salud         | junio de 2024               |
| Empresa                                  | LAURA GISELA GONZALEZ ROJAS |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 1019129003               |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                         |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 71195335                    |
| Tipo de Planilla                         | I                           |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 752478431                   |
| Banco                                    | (1007) - BANCOLOMBIA        |
| Valor                                    | \$ 659.200                  |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                    |
| Dirección IP de Origen                   | www.suaporte.com.co         |

| Nit            | Código | Administradora                 | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|--------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808     | 230301 | PORVENIR                       | 1                | \$ 319.900     | \$ 300               |
| N800088702     | EPS010 | EPS SURA                       | 1                | \$ 249.900     | \$ 200               |
| N860011153     | 14-23  | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1                | \$ 48.700      | \$ 100               |
| N860007336     | CCF22  | COLSUBSIDIO                    | 1                | \$ 40.000      | \$ 100               |
| SubTotales:    |        |                                |                  | \$ 658.500     | \$ 700               |
| Total a Pagar: |        |                                |                  |                | \$ 659.200           |



Agencia Nacional  
de Contratación Pública  
Colombia Compra Eficiente

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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

Aumentar el contraste

UTC -5 17:25:54

LAURA GISELA GONZ...

Configuraciones del usuario

LAURA GISELA GONZALEZ ROJAS

CAT: 1129822

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

28 Jul, 2024(UTC -5) 17:25:54

Salir

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                                                 |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2024.pdf           | CUENTA MAYO 2024.pdf           | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA JUNIO CTO 5444-2024.pdf | CUENTA JUNIO CTO 5444-2024.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Borrar

Cargar nuevo

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#)

Español (Colombia)

▼

**018000-52-0808** [www.colombiacompra.gov.co/soporte](http://www.colombiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

1 de 1

28/07/2024, 5:26 p. m.