

|                                                                                   |                                                              |                                                                      |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.            |                                                                      |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS               |                                                                      |                                                                   |                                           |  |           |                               |
| DATOS DEL INFORME                                                                 |                                                              |                                                                      |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
| Periodo a Certificar:                                                             | Desde:                                                       | 2024-12-01                                                           | Hasta:                                                            | 2024-12-31                                |                                                                                     |           |                               |
| Nombre del Contratista:                                                           | TANIA LETICIA FARFAN PACHON                                  |                                                                      | Número de Documento:                                              | 1056506223                                |                                                                                     |           |                               |
| Correo Electrónico:                                                               | tanialfp93@gmail.com                                         |                                                                      | Número Telefónico:                                                | 3104561985                                |                                                                                     |           |                               |
| Nombre del Supervisor:                                                            | ANDREA LOPEZ GUERRERO                                        | Cargo:                                                               | JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |                                           | Código Grado:                                                                       | -         | 006-05                        |
| DATOS DEL CONTRATO                                                                |                                                              |                                                                      |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
| No. Contrato:                                                                     | 8035-2024                                                    | Año Contrato:                                                        | 2024                                                              | CDP Contrato Inicial:                     | 2734                                                                                |           |                               |
| Perfil:                                                                           | TRABAJADOR SOCIAL                                            |                                                                      |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
| Dirección a la que Pertenece:                                                     | OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |                                                                      |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
| Unidad de Servicios:                                                              | USS CANDELARIA I                                             |                                                                      |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS                                                          |                                                              |                                                                      |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
| Centro de Costos                                                                  | Dirección                                                    | Unidad                                                               | Número Horas                                                      | Número Horas Adicionales                  | Valor Hora                                                                          | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
| 001UB                                                                             | OFICINA PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO    | DE Y AL USS USME                                                     | 186                                                               | 0                                         | 18410                                                                               | \$3424260 | 100%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                      | \$ 3424260                                                   | TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                                               |                                                              |                                                                      |                                                                   |                                           |                                                                                     |           |                               |
| Fecha de Inicio del Contrato                                                      | 2024-11-15                                                   |                                                                      |                                                                   | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2024-11-30                                                                          |           |                               |
| No. Prorroga                                                                      | Fecha Inicio                                                 | Fecha Terminación                                                    | No. Adición                                                       | Valor Adición                             | CDP                                                                                 |           |                               |
| 1                                                                                 | 2024-12-01                                                   | 2024-12-31                                                           | 1                                                                 | \$ 3424260                                | 2851                                                                                |           |                               |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                                               | Mes Cuenta de Cobro                                          |                                                                      |                                                                   | Valor a Pagar                             |                                                                                     |           |                               |
| 1                                                                                 | NOVIEMBRE                                                    |                                                                      |                                                                   | \$ 2061920                                |                                                                                     |           |                               |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                        | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                     |                                                                      | PAGOS REALIZADOS                                                  |                                           | SALDO DEL CONTRATO                                                                  |           |                               |

| \$ 2098740                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 5523000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 2061920                                                                                                     | \$ 3461080 |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                           |            |
| 1                                                       | Informar y orientar a los usuarios familia y comunidad para facilitar el acceso a los servicios de salud.                                                                                                                                                                                                                                                             | -Orientación frente a trámite de solicitud de encuesta Sisbén. - Información acerca de trámites ante EPS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | --Informe diario de actividades en formato DRIVE - Notas en historias clínicas.                                |            |
| 2                                                       | Verificar el estado de afiliación y demás condiciones sociales de los usuarios e informarles los derechos y deberes como parte del Sistema de Seguridad Social en Salud SGSSS, tales como pagos de copagos, cuotas moderadoras, obligaciones relacionadas con el cuidado en el entorno familiar y demás, de acuerdo con la condición social del usuario y su familia. | - Verificación de información de pacientes en bases de datos (ADRES, Comprobador de Derechos, DNP y Migración Colombia) - Afiliaciones oficiosas - Socialización de derechos y deberes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | - Informe diario de actividades en formato DRIVE - Notas en historias clínicas - Envío de correos electrónicos |            |
| 3                                                       | Dar respuesta a la interconsulta social solicitada a través del Sistema Dinámica Gerencial NET por los diferentes servicios de salud, en un tiempo menor a 6 horas.                                                                                                                                                                                                   | - Respuesta a interconsultas solicitadas por parte médica en los servicios de urgencias y hospitalización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | -Informe diario de actividades en formato DRIVE - Certificación de inducción - Lista de asistencia.            |            |
| 4                                                       | Participar diariamente, de manera activa en el clúster de los servicios de urgencias y Hospitalización, verificando el estado de afiliación o posibles problemáticas sociales de cada uno de los usuarios registrados en el censo de cada servicio.                                                                                                                   | -Asistencia en Clúster de los servicios de urgencias y hospitalización en horas de la mañana y la tarde donde se socializan los seguimientos de pacientes por parte de trabajo social y recibiendo los casos que surjan durante la ronda.                                                                                                                                                                                                                                                                | - Informe diario de actividades en formato DRIVE                                                               |            |
| 5                                                       | Realizar seguimiento a los casos de barreras de acceso por aseguramiento, estancias prolongadas, abandonos sociales, trámite de oxígeno domiciliario, programa Canguro, pacientes renales y/o con afectaciones en sus condiciones sociales, a través de contacto telefónico, visitas domiciliarias, articulación interinstitucional o atención en consulta externa    | - Seguimientos de pacientes con dificultades administrativas en aseguramiento. - Radicación y seguimiento de solicitudes de oxígeno domiciliario ante la eps. - Seguimiento de entrega de insumos de oxígeno con red familiar o social de paciente. - Ubicación y seguimiento de red de apoyo de pacientes en riesgo de abandono. - Seguimientos de pacientes en situación de abandono social. - Visitas domiciliarias para análisis de contexto social de paciente e identificación de redes de apoyo.  | -Informe diario de actividades en formato DRIVE - Notas en historias clínicas - Envío de correos electrónicos  |            |
| 6                                                       | Realizar estudios sociales de caso, conceptos sociales y/o afiliación SAT a los usuarios que lo requieran, de acuerdo al SGSSS en los tiempos establecidos y con los parámetros de calidad requeridos.                                                                                                                                                                | - -Seguimientos de pacientes con dificultades administrativas en aseguramiento. - Radicación y seguimiento de solicitudes de oxígeno domiciliario ante la eps. - Seguimiento de entrega de insumos de oxígeno con red familiar o social de paciente. - Ubicación y seguimiento de red de apoyo de pacientes en riesgo de abandono. - Seguimientos de pacientes en situación de abandono social. - Visitas domiciliarias para análisis de contexto social de paciente e identificación de redes de apoyo. | -Informe diario de actividades en formato DRIVE - Notas en historias clínicas                                  |            |
| 7                                                       | Gestionar la afiliación de los pacientes Recién Nacidos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E                                                                                                                                                                                                                                                        | - NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -NO APLICA                                                                                                     |            |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                           | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                                       | Realizar reporte, notificación y activación de rutas institucional e interinstitucional para el restablecimiento de derechos de los niños y niñas, personas en riesgo y/o condición de abandono, casos de código blanco, víctimas de violencia y en riesgo de feminicidio, ante las entidades competentes, tales como ICBF, Comisarías de Familia, Secretaría de Integración Social, Fiscalía, Personería, Defensoría del pueblo y demás entes de protección y/o control. | -Reportes de casos de violencia ante Fiscalía, Secretaría Distrital de la Mujer y Comisaría de Familia. - Reportes de presuntos códigos blancos a ICBF y SDM         | -Informe diario de actividades en formato DRIVE - Notas en historias clínicas - Envío de informes a correos electrónicos      |
| 9                                                       | Registrar en Historia clínica las intervenciones de trabajo social, seguimientos y evoluciones con sus debidos soportes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | -Registro de en historia clínica de gestiones realizadas con pacientes, familiares, red de apoyo comunitario, EPS, Fondo Financiero e informes interinstitucionales. | - Informe diario de actividades en formato DRIVE - Notas en historias clínicas - Envío de correos electrónicos                |
| 10                                                      | Registrar en el aplicativo SI CUENTANOS las problemáticas de acceso identificadas y las orientaciones individuales y colectivas realizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | -Registro en aplicativo Distrital                                                                                                                                    | -Aplicativo -DRIVE                                                                                                            |
| 11                                                      | Registrar la totalidad de las actividades realizadas, en la base de Gestión de Trabajo Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -Registro de actividades realizadas durante el turno                                                                                                                 | -Informe diario de actividades en formato DRIVE                                                                               |
| 12                                                      | Participar de manera activa en las actividades pedagógicas de socialización de temas de interés comunitario e institucional, requeridas por el proceso de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.                                                                                                                                                                                                                                                              | -Realización de Inducción a través de plataforma oficial de Subred Sur.                                                                                              | -Asistencia a reuniones. - Informe diario de actividades en formato DRIVE - Certificación de inducción - Lista de asistencia. |
| 13                                                      | Realizar turno administrativo de acuerdo a la programación establecida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | - No Aplica                                                                                                                                                          | -No Aplica                                                                                                                    |
| 14                                                      | Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -Inducción sobre protocolo de intervención de trabajo social en el área asistencial y normas vigentes.                                                               | -Informe diario de actividades en formato DRIVE                                                                               |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |                       |               |                |         |                                                       |                            |                                                  |                     |  |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|----------------|---------|-------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|--|
| Periodo al que corresponde el pago                      |                       | Fecha de Pago |                |         | Número de Planilla                                    | Factura Electrónica        | Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior | \$ 2061920          |  |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA     | 81993778                                              | -                          |                                                  |                     |  |
| 2024                                                    | NOVIEMBRE             | 2024          | 11             | 26      |                                                       |                            |                                                  |                     |  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |                |         | DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS |                            |                                                  |                     |  |
| Item                                                    |                       |               |                |         | Entidades Aportantes a Seguridad Social               | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |  |
| Pensionado                                              |                       |               |                | NO      | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES   | \$ 824768                  | \$ 131963                                        | \$ 255900           |  |
| Salud                                                   |                       |               |                |         | COMPENSAR                                             |                            | \$ 103096                                        | \$ 200000           |  |
| ARL                                                     |                       |               |                | 3       | SURA                                                  |                            | \$ 20091                                         | \$ 39000            |  |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |                | SI      | COMPENSAR                                             | Total                      | \$ 239364                                        | \$ 494900           |  |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |                |         |                                                       |                            |                                                  |                     |  |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS |                                                       | Número de Cuenta           | 455070034471                                     |                     |  |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |                |         |                                                       |                            |                                                  |                     |  |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |                |         | USUARIO                                               |                            |                                                  | FECHA               |  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |                |         | TANIA LETICIA FARFAN PACHON                           |                            |                                                  | 2024-12-12 12:39:48 |  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |                |         | ANDREA LOPEZ GUERRERO                                 |                            |                                                  | 2024-12-15 10:46:49 |  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |                |         | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                        |                            |                                                  | 2024-12-15 13:14:44 |  |

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.

ANDREA LOPEZ GUERRERO  
JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y  
SERVICIO AL CIUDADANO

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-11              | 2024-11                          | I             | 26/11/2024               | 81993778        | \$526.900     |     |

### 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 |           |                       |                |               |               |
| 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 255.900                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 255.900       | 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         | Dias 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                              | 255.900                             | 255.900       |
| 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             |
| <b>TOTALES</b>         | 4                              | 526.900                             | 526.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                        |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1056506223        | TANIA LETICIA FARFAN PACHON |        | DG 84 SUR NO 5 10 ESTE | 7672574            | leticiaf93@hotmail.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           |
| 2024-11              | 2024-11                           | I             | 26/11/2024               | 81993778        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$526.900     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |     |    |            |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-----|----|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |     |     |    |            | SALUD    |           |            | RIESGOS LABORALES    |                      |                                | CCF                             |          |           | PARAFISCALES           |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IDE     | MA | MA | APP | VCT | RL | CORRECCIÓN | 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   | 1056506223            | FARFAN PACHON TANIA LETICIA | 57        | 0       | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |     |    |            | 25-14    | 1.599.254 | 255.900    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.599.254 | 200.000                | 14-11    | 1.599.254 | 3               | 39.000     | CCF24      | 1.599.254 | 32.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA



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"/> | ARL SURA 1056506223 CTO 8035-2024.pdf   | ARL SURA 1056506223 CTO 8035-2024.pdf   | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 8035-2024.pdf | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 8035-2024.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.  
certifica que:

TANIA LETICIA FARFAN PACHON

---

1056506223

---

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática de Política de  
Integridad, Conflicto de Intereses, Antisoborno y Anticorrupción.

Intensidad horaria de: 2 horas

Para constancia se expide

12 de diciembre de 2024