

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033778299	GINNA XILENA PERDOMO RUBIANO		CR 46 A 69 D 26 SUR	6235391	xile_95@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	17/01/2025	83320870	\$402.200	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0	0	208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033778299	GINNA XILENA PERDOMO RUBIANO		CR 46 A 69 D 26 SUR	6235391	xile_95@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	17/01/2025	83320870	\$402.200		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	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	1033778299	PERDOMO RUBIANO GINNA XILENA		59	0		N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

**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:	GINNA XILENA PERDOMO RUBIANO		Número de Documento:	1033778299
Correo Electrónico:	xile_95@hotmail.com		Número Telefónico:	3059271772
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8117-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2537
Perfil:	AGENTE DE CAMBIO PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	79	8357	\$2197891	142.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2197891	DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-11-25			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	\$ 660203	2853
2	2024-12-01	2024-12-31	2	\$ 1537688	2853
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	NOVIEMBRE			\$ 384422	
2	DICIEMBRE			\$ 2197891	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 461309		\$ 2659200	\$ 2582313	\$ 76887
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Diligenciar formatos de recolección de información a partir de la observación socio-ambiental del entorno.	-Se diligencian los formatos de acuerdo a lo solicitado teniendo en cuenta la observación y la gestión realizada	-Listados de asistencia y actas de reuniones	
2	Sistematizar información recolectada en las herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Se registran y entregan listados de sesiones colectivas actas de recorrido, así como el diligenciamiento en el drive. Entrega de los listados en físico con la oportunidad y calidad pertinente	Listados de asistencia y actas de reuniones-	
3	Apoya en el Diseño de piezas comunicativas de acuerdo a las necesidades identificadas.	-Se plantean y ejecutan actividades programadas por el de gestión por medio de abordaje a usuarios en grupos	Listados de asistencia-	
4	Realizar recorridos en espacio público a fin de lograr sensibilización y adopción de prácticas de cuidado y autocuidado.	-Se socializa a la población la información general de las estrategias del entorno y se resuelven dudas frente a procesos de Secretaría Distrital de salud, se realiza articulaciones	Listados de asistencia-	
5	Dar cumplimiento a la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Realizar gestión documental de los archivos de acuerdo al lineamiento y las indicaciones dadas por el profesional de apoyo	Listados de asistencia-	
6	Mantener la Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Realizar de forma adecuada el proceso de gestión documental haciendo entrega de los productos al profesional de apoyo para la custodia de los mismos	Listados de asistencia-	
7	Entregar formatos de captura de información al profesional de apoyo para pre críticas y pre auditorias	-Realizar de forma adecuada el proceso de gestión documental haciendo entrega de los productos al profesional de apoyo para la custodia de los mismos	Listados de asistencia-	
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Se realiza lectura y apropiación de lineamientos dados por Secretaría Distrital de salud	Listados de asistencia y actas de reuniones-	

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 384422
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2024	12	12	826175030	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOSPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 41600
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 32500
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 6400
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 80500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	21900000144		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO	FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					GINNA XILENA PERDOMO RUBIANO	2024-12-15 17:34:39		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					GINNA XILENA PERDOMO RUBIANO	2024-12-16 19:41:58		
RECHAZADO SUPERVISOR					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-12-16 19:56:33		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					GINNA XILENA PERDOMO RUBIANO	2024-12-16 20:02:55		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-12-16 20:13:54		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-18 07:26:34		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-01-17 15:39:55		

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Yolanda Janneth Montilla

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**