

|                                                                                   |                                                   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 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: | SANDRA JANETH JIMENEZ VALENCIA |            | Número de Documento:                         | 52746535      |          |
| Correo Electrónico:     | sandrajjv@hotmail.com          |            | Número Telefónico:                           | 3166031682    |          |
| Nombre del Supervisor:  | HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ   | Cargo:     | PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15 | Código Grado: | - 237-15 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |      |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                  | 7907-2024                                | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 2537 |
| 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 |
| K28PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                          | 184          | 0                        | 21729      | \$3998136 | 100%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3998136                               | TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2024-11-06          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2024-11-30 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             | CDP        |
| 1                                   | 2024-11-01   | 2024-12-31          | 1           | \$ 4432716                                | 2815       |
| 2                                   | 2024-11-01   | 2024-12-31          | 2           | \$ 4432716                                | 2815       |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   |              | NOVIEMBRE           |             | \$ 4432716                                |            |
| 2                                   |              | DICIEMBRE           |             | \$ 3998136                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                              | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                            | PAGOS REALIZADOS                                         | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 3998136                                              |                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 12863568                                                                                                         | \$ 8430852                                               | \$ 4432716         |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                          | PRODUCTO O EVIDENCIA                                     |                    |
| 1                                                       | Promover en niños, niñas, adolescentes, sus familias, padres y/o cuidadores, el adolescentes trabajadores y realizar seguimiento a la desvinculación de las peores formas de trabajo en niños, niñas y adolescentes previamente intervenidos | -Se realiza (38) asesoría en NNA para la desvinculación de la actividad laboral, en la localidad de Ciudad Bolívar. | -Formato de caracterización de NNA                       |                    |
| 2                                                       | realizar asesorías a familias y acudientes de niños, niñas y adolescentes trabajadores para el reconocimiento y definición de roles.                                                                                                         | -Se realiza (38) monitoreos en NNA                                                                                  | -Formato de caracterización de NNA                       |                    |
| 3                                                       | realizar seguimiento en la efectividad de las canalizaciones y activación de ruta a los riesgos Identificados en las acciones desarrolladas                                                                                                  | -Canalizaciones derivadas de acción rutinaria y colectiva                                                           | -Canalizaciones                                          |                    |
| 4                                                       | Monitorear la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias                                                                                                                                                                | -No se realiza esta actividad para el mes reportado.                                                                | -No se realiza esta actividad para el mes reportado.     |                    |
| 5                                                       | desarrollar actividades colectivas para fomentar los derechos en salud                                                                                                                                                                       | -Se realiza (1) colectivo NNA                                                                                       | -Acta de apertura, ficha técnica, formato de asistencia. |                    |
| 6                                                       | realizar asesorías para la promoción del autocuidado                                                                                                                                                                                         | -Se realiza (38) asesoría en NNA                                                                                    | -Formatos de caracterización de NNA                      |                    |
| 7                                                       | diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento y/o instrumentos                                                                                                                                    | -Diligenciamiento de formatos NNA                                                                                   | -Formatos de caracterización de NNA                      |                    |
| 8                                                       | desarrollar sesiones colectivas para la promoción del autocuidado                                                                                                                                                                            | -Se realiza (1) colectivo NNA                                                                                       | -Acta de apertura, ficha técnica, formato de asistencia. |                    |
| 9                                                       | Realizar asesoría psicosocial en unidades de trabajo informal de alto, mediano y bajo impacto                                                                                                                                                | -No se realiza esta actividad para el mes reportado.                                                                | -No se realiza esta actividad para el mes reportado.     |                    |
| 10                                                      | Realizar asesoría psicosocial en unidades de trabajo informal de alto, mediano y bajo impacto                                                                                                                                                | -No se realiza esta actividad para el mes reportado.                                                                | -No se realiza esta actividad para el mes reportado.     |                    |
| 11                                                      | organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental                                                                                                                                  | -Entrega de formatos de NNA para auditorias.                                                                        | -Formatos de NNA                                         |                    |
| 12                                                      | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales                                                                                                                                             | -Reuniones e inducciones por parte de la secretaria Distrital de Salud.                                             | -Actas y formatos 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 |           | \$ 4432716     |
| AÑO                                                                                                                                    | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 9478761458                                                                 | -                          |                                                  |           |                |
| 2025                                                                                                                                   | NOVIEMBRE             | 2024          | 12  | 11             |                                                                            |                            |                                                  |           |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                       |               |     |                | CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS DIECISEISPESOS |                            |                                                  |           |                |
| Item                                                                                                                                   |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                    | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |           | Valor Aportado |
| Pensionado                                                                                                                             |                       |               |     | NO             | PORVENIR                                                                   | \$ 1773086                 | \$ 283694                                        | \$ 284100 |                |
| Salud                                                                                                                                  |                       |               |     |                | FAMISANAR                                                                  |                            | \$ 221636                                        | \$ 222000 |                |
| ARL                                                                                                                                    |                       |               |     | 3              | SURA                                                                       |                            | \$ 43192                                         | \$ 43300  |                |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                       |               |     | NO             |                                                                            | Total                      | \$ 514586                                        | \$ 549400 |                |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                       |               |     |                |                                                                            |                            |                                                  |           |                |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                                    | Número de Cuenta           | 4870230689                                       |           |                |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                       |               |     |                |                                                                            |                            |                                                  |           |                |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                       |               |     |                | USUARIO                                                                    |                            | FECHA                                            |           |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                       |               |     |                | SANDRA JANNETH VALENCIA                                                    |                            | 2024-12-11 18:21:29                              |           |                |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                                                                                                   |                       |               |     |                | YANETH ESCOBAR                                                             |                            | 2024-12-12 23:51:30                              |           |                |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                       |               |     |                | SANDRA JANNETH VALENCIA                                                    |                            | 2024-12-13 11:16:46                              |           |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                       |               |     |                | YANETH ESCOBAR                                                             |                            | 2024-12-13 11:25:56                              |           |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                       |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                                  |                            | 2024-12-13 18:38:55                              |           |                |
| 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 15:39:50                              |           |                |

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.



**HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ**  
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                 |                 |                    |                              |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                    | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52746535                   |    | JIMENEZ VALENCIA SANDRA JANNETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL2 No 93 D 45 T 4 APTO 504 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555  | Si                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1116688153 | 9478761458 | I        | 2024/12/09 | 2024/12/11 | BANCO DAVIVIENDA | \$560,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |                |        |             |             |           |        |             |             |           |       |             |             |          |       |             |             |          |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|----------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|-------|-------------|-------------|----------|-------|-------------|-------------|----------|
| EMPLEADO                                         |                |          |                |        | PENSION     |             |           |        |             | SALUD       |           |       |             |             | CCF      |       |             |             |          |
| No.                                              | Identificación | Nombres  | Codigo         | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo   | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias     |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)               |                |          |                |        | \$1,773,100 | \$283,700   |           |        | \$1,773,100 | \$221,700   |           |       | \$1,773,100 | \$10,700    |          |       | \$1,773,100 | \$43,200    |          |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |                |        | \$1,773,100 | \$283,700   |           |        | \$1,773,100 | \$221,700   |           |       | \$1,773,100 | \$10,700    |          |       | \$1,773,100 | \$43,200    |          |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |                |        | \$1,773,100 | \$283,700   |           |        | \$1,773,100 | \$221,700   |           |       | \$1,773,100 | \$10,700    |          |       | \$1,773,100 | \$43,200    |          |
| 1                                                | CC             | 52746535 | JIMENEZ SANDRA | 230301 | 30          | \$1,773,100 | \$283,700 | EPS017 | 30          | \$1,773,100 | \$221,700 | CCF24 | 30          | \$1,773,100 | \$10,700 | 14-11 | 30          | \$1,773,100 | \$43,200 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |                |        | \$1,773,100 | \$283,700   |           |        | \$1,773,100 | \$221,700   |           |       | \$1,773,100 | \$10,700    |          |       | \$1,773,100 | \$43,200    |          |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                 |                 |                    |                              |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                    | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52746535                   |    | JIMENEZ VALENCIA SANDRA JANNETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL2 No 93 D 45 T 4 APTO 504 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555  | Si                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1116688153 | 9478761458 | I        | 2024/12/09 | 2024/12/11 | BANCO DAVIVIENDA | \$560,200 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$283,700       | \$400          | \$0                    | \$284,100     |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$283,700       | \$400          | \$0                    | \$284,100     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$43,200        | \$100          | \$0                    | \$43,300      |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$43,200        | \$100          | \$0                    | \$43,300      |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$10,700        | \$100          | \$0                    | \$10,800      |
| COMPENSAR                | CCF24  | 860,066,942 | 7  | 1         | \$10,700        | \$100          | \$0                    | \$10,800      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$221,700       | \$300          | \$0                    | \$222,000     |
| FAMISANAR                | EPS017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$221,700       | \$300          | \$0                    | \$222,000     |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$559,300       | \$900          | \$0                    | \$560,200     |



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 17:26:37

SANDRA JANNETH JI...



Buscar...

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

Datos guardados

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? ☐ Si ☒ No

| Identificación 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 52746535 CTOP 7907-2024.pdf       | ARL SURA 52746535 CTOP 7907-2024.pdf | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA OCTUBRE 4989-2024.pdf (Archivado)   | CUENTA OCTUBRE 4989-2024.pdf         | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTOS CTO7907-2024.pdf                | DOCUMENTOS CTO7907-2024.pdf          | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA NOVIEMBRE 7907-2024.pdf (Archivado) | CUENTA NOVIEMBRE 7907-2024.pdf       | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA NOVIEMBRE CTO 7907-2024.pdf         | CUENTA NOVIEMBRE CTO 7907-2024.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Datos guardados