

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000578119	KAREN SOFIA SUAREZ RAMIREZ		Cll 136 A Sur #14 -73 Urb. Buenavista 1	3196967426	SOFIA_SUAREZ0963@OUTLO OK.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82496949	TOTAL A PAGAR \$428.200

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	26.000	0	0	26.000	1

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	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000578119	KAREN SOFIA SUAREZ RAMIREZ		Cll 136 A Sur #14 -73 Urb. Buenavista 1	3196967426	SOFIA_SUAREZ0963@OUTLO OK.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
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82496949	10
					TOTAL A PAGAR
					\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IOE	MA	MAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional do 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	1000578119	SUAREZ RAMIREZ KAREN SOFIA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0		0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF22	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO 2638-2024 FEBRERO VISTA HERMOSA.pdf	CTO 2638-2024 FEBRERO VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2638-2024 MARZO VISTA HERMOSA.pdf	CTO 2638-2024 MARZO VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2638-2024 ABRIL VISTA HERMOSA.pdf	CTO 2638-2024 ABRIL VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2638-2024 MAYO VISTA HERMOSA.pdf	CTO 2638-2024 MAYO VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO-2638-2024 JUNIO VISTA HERMOSA.pdf (Archivado)	CTO-2638-2024 JUNIO VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2638-2024 JUNIO VISTA HERMOSA.pdf	CTO 2638-2024 JUNIO VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 2638-2024 JULIO VISTA HERMOSA.pdf (Archivado)	CTO 2638-2024 JULIO VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2638-2024 JULIO VISTA HERMOSA I.pdf	CTO 2638-2024 JULIO VISTA HERMOSA I.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2638-2024 AGOSTO VISTA HERMOSA.pdf	CTO 2638-2024 AGOSTO VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2638-2024 SEPTIEMBRE VISTA HERMOSA.pdf	CTO 2638-2024 SEPTIEMBRE VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2638-2024 OCTUBRE EL CARMEN.pdf	CTO 2638-2024 OCTUBRE EL CARMEN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2338 - 2024 NOVIEMBRE EL CARMEN.pdf	CTO 2338 - 2024 NOVIEMBRE EL CARMEN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2638-2024 DICIEMBRE EL CARMEN.pdf	CTO 2638-2024 DICIEMBRE EL CARMEN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-01	Hasta:	2025-01-20	
Nombre del Contratista:	KAREN SOFIA SUAREZ RAMIREZ		Número de Documento:	1000578119	
Correo Electrónico:	sofia_suarez0963@outlook.com		Número Telefónico:	3196967426	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2638-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	465
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A38JC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL	124	0	9155	\$1135220	97.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1135220	UN MILLON CIENTOTREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2024-02-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-04-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 3340560	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 3340560	1541
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 3340560	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 1670280	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 1715850	2773

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 510779	2962
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 624371	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 624371	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 510779	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	\$ 510779	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	\$ 624371	26
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1670280	
2		MARZO		\$ 1670280	
3		ABRIL		\$ 1670280	
4		MAYO		\$ 1670280	
5		JUNIO		\$ 1670280	
6		JULIO		\$ 1670280	
7		AGOSTO		\$ 1670280	
8		SEPTIEMBRE		\$ 1670280	
9		OCTUBRE		\$ 1670280	
10		NOVIEMBRE		\$ 1683230	
11		DICIEMBRE		\$ 1702830	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5010840		\$ 21824100		\$ 18418580	\$ 3405520
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1). Prestar servicios de perfil Auxiliar de Enfermería acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E., de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	Consulta y seguimiento desde el área de agendamiento al Correo habilitado para las EAPBS con convenio con la Subred Sur, ingreso a Dinámica gerencial, asignación, seguimiento y confirmación de citas solicitadas.		Agendamiento en Dinámica gerencial y correos enviados.	
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	Consulta y seguimiento desde el área de agendamiento al correo habilitado para las EAPBS con convenio con la Subred Sur, ingreso a Dinámica gerencial, asignación, seguimiento y confirmación de citas solicitadas.		Agendamiento en Dinámica gerencial y correos enviados.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya)	Consulta y seguimiento desde el área de agendamiento al correo habilitado para las EAPBS con convenio con la Subred Sur, ingreso a Dinámica gerencial, asignación, seguimiento y confirmación de citas solicitadas.	Agendamiento en Dinámica gerencial y correos enviados.
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Realizar seguimiento, gestión y actualización de datos de los usuarios del correo electrónico.	Correos enviados
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	Dar seguimiento, gestión y depuración al correo electrónico.	Agendamiento en Dinámica gerencial y correos enviados
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Llevar a cabo las actividades asignadas.	Por medio de los registros y mensajes enviados desde el correo.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior		\$ 1702830
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82496949	-			
2024	DICIEMBRE	2024	12	27					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 866666.66666667	\$ 138667	\$ 208000	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 108333	\$ 162500	
ARL				3	SURA		\$ 21112	\$ 31700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 251524	\$ 402200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4702022732	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					KAREN RAMIREZ	SOFIA SUAREZ	2025-01-27 21:09:32		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					KAREN RAMIREZ	SOFIA SUAREZ	2025-01-30 06:44:54		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA PINILLA	MARITZA PINILLA	2025-01-30 06:48:25		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA ZAMUDIO	CAMILA DIAZ	2025-01-30 10:11:15		

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.

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS