

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                              |        |                     |                    |                       |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                |
| CC                                  | 1233499074        | DIEGO ANDRES PARDO RODRIGUEZ |        | Carrera 85 N 2 A 16 | 5713327            | pardodiiego@gmail.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    UPC        |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0          |
| 2025-01              | 2025-01                           | I             | 11/02/2025               | 83694561        | TOTAL A PAGAR \$504.400 |

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 | 199.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 199.900       | 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 | 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 |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 9.600        | 0         |
|               |                |  |  |  |             | 0            | 0         |
|               |                |  |  |  |             | 9.600        | 0         |

| 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                              | 199.900                             | 199.900       |
| Pensión                | 1                              | 255.900                             | 255.900       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.000        |
| CCF                    | 1                              | 9.600                               | 9.600         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 504.400                             | 504.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1233499074        | DIEGO ANDRES PARDO RODRIGUEZ |        | Carrera 85 N 2 A 16 | 5713327            | pardodiiego@gmail.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           |
| 2025-01              | 2025-01                           | I             | 11/02/2025               | 83694561        | \$504.400     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |     |                   |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MAA | MAA | MAA | MAA | MAA | MAA   | MAA | MAA | 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   | 1233499074            | PARDO RODRIGUEZ DIEGO ANDRES | 59        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |     | 230301            | 1.599.200 | 255.900    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.599.200 | 199.900                | 14-11    | 1.599.200 | 3               | 39.000     | CCF24      | 1.599.200 | 9.600      | 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:                       | 2025-01-03 | Hasta:                                  | 2025-01-31    |   |
| Nombre del Contratista: | DIEGO ANDRES PARDO RODRIGUEZ |            | Número de Documento:                    | 1233499074    |   |
| Correo Electrónico:     | pardodiiego@gmail.com        |            | Número Telefónico:                      | 3104051331    |   |
| Nombre del Supervisor:  | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA     | Cargo:     | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | Código Grado: | - |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |   |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|---|
| No. Contrato:                  | 1179-2025                                | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 1 |
| 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 |
| K30PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                          | 184          | 0                        | 21729      | \$3998136 | 107.1%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3998136                               | TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-01-03          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-07-23 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | ENERO               | \$ 3998136                                |            |

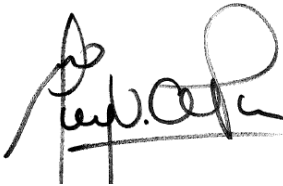
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 27054013                | \$ 27054013              | \$ 3998136       | \$ 23055877        |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br/>(LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS<br/>EN EL PERIODO EN<br/>CUMPLIMIENTO DE CADA<br/>OBLIGACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                         |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                  | 1. Realizar acciones de información, educación y comunicación (IEC) en alimentación saludable, actividad física, salud sexual y reproductiva, salud mental, medio ambiente, lavado de manos, uso adecuado de elementos de protección personal y educación en índice bogotano de calidad de aire (IBOCA). | SE FORTALECIERON ACCIONES DE EDUCACIÓN ENTORNO AL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL EN ESPACIO PUBLICO Y SINISTRIALIDAD VIAL. SE DILIGENCIARON FORMATOS DE ACUERDO A LOS ESPACIOS REQUERIDOS Y PRIORIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD                                                                                                         | FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS Y DIARIOS DE CAMPO                   |
| 2                                                                  | 2. Presentar productos con calidad para precritica y preauditoria.                                                                                                                                                                                                                                       | CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACION DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA DE RUMBEA CON BIENESTAR PARA IMPULSAR MOTIVAR EL BUEN USO DEL ESPACIO PUBLICO Y UNA SANA CONVIVENCIA                                                                                                                                                      | FICHA TECNICA, CRONOGRAMA Y DIARIO DE CAMPO.                        |
| 3                                                                  | 3. implementar estrategias lúdicas pedagógicas para generar mensajes de recordación en acciones promoción y prevención en salud.                                                                                                                                                                         | SE REALIZAN RECORRIDOS EN EL ESPACIO PUBLICO, ESPECIALMENTE EN ZONAS PRIORIZADAS POR LA SDS CON EL FIN DE IDENTIFICAR SITIOS DE VENTA Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS, TRABAJADORES INFORMALES Y ACTORES CLAVES QUE CONFLUYEN EN EL ESPACIO PUBLICA                                                                                  | DIARIO DE CAMPO, PIEZA COMUNICATIVA, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS |
| 4                                                                  | 4. desarrollar puestas en escena artísticas (teatro callejero) en el espacio público. – entorno cuidador comunitario-.                                                                                                                                                                                   | SE REALIZARON 20 JORNADAS DE PREVENCIÓN Y SE REALIZARON TRES ARTICULACIONES CON ALCALDÍAS LOCALES Y POLICIA NACIONAL PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO DE LAS JORNADAS Y RECORRIDOS DE IDENTIFICACIÓN EN LAS TRES LOCALIDADES , ESTO CON EL FIN DE FORTALECER LAS ACCIONES PREVENTIVAS DENTRO DEL ESPACIO PUBLICO | DIARIO DE CAMPO Y LISTADO DE SESIONES COLECTIVAS                    |
| 5                                                                  | 5. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.                                                                                                                                                                                                               | -ELABORACIÓN DE AJUSTES DEL CRONOGRAMA DEL MES Y VALIDACIÓN DE PUNTOS CRITICOS CON EL EQUIPO Y REUNIONES.                                                                                                                                                                                                                             | FICHA TECNICA, DIARIO DE CAMPO Y FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS     |
| 6                                                                  | 6. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.                                                                                                                                                                                      | ESTABLECER ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LAS ACCIONES.                                                                                                                                                                                                                                                    | DIARIO DE CAMPO Y LISTADO DE SESIONES COLECTIVAS                    |
| 7                                                                  | 7. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales                                                                                                                                                                                                      | SE ASISTE A ESPACIOS CONVOCADOS DE FORTALECIMIENTO TECNICO POR SDS Y SUBRED SUR ENTORNO COMUNITARIO, ADEMÁS, REUNIONES DE EQUIPO DE GESTORES TERRITORIALES POR LA SALUD                                                                                                                                                               | DIARIO DE CAMPO Y LISTADO DE SESIONES COLECTIVAS                    |

| 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 |                     | \$ 5084586 |
| AÑO                                                                                                                                    | MES             | AÑO           | MES            | DÍA | 82736533                                                            | -                          |                                                  |                     |            |
| 2024                                                                                                                                   | DICIEMBRE       | 2025          | 01             | 14  |                                                                     |                            |                                                  |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                 |               |                |     | CINCO MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS |                            |                                                  |                     |            |
| Item                                                                                                                                   |                 |               |                |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                             | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |            |
| Pensionado                                                                                                                             |                 |               |                | NO  | PORVENIR                                                            | \$ 2033834                 | \$ 325413                                        | \$ 325500           |            |
| Salud                                                                                                                                  |                 |               |                |     | COMPENSAR                                                           |                            | \$ 254229                                        | \$ 254300           |            |
| ARL                                                                                                                                    |                 |               |                | 3   | SURA                                                                |                            | \$ 49544                                         | \$ 49600            |            |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                 |               |                | NO  |                                                                     | Total                      | \$ 590259                                        | \$ 629400           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                 |               |                |     |                                                                     |                            |                                                  |                     |            |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DE BOGOTÁ |               | Tipo de Cuenta |     | AHORROS                                                             |                            | Número de Cuenta                                 | 606326346           |            |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                 |               |                |     |                                                                     |                            |                                                  |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                 |               |                |     | USUARIO                                                             |                            |                                                  | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                 |               |                |     | DIEGO ANDRES PARDO RODRIGUEZ                                        |                            |                                                  | 2025-01-24 11:13:00 |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                                                                                                   |                 |               |                |     | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA                                            |                            |                                                  | 2025-01-27 16:42:27 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                 |               |                |     | DIEGO ANDRES PARDO RODRIGUEZ                                        |                            |                                                  | 2025-01-27 21:22:25 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                 |               |                |     | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA                                            |                            |                                                  | 2025-01-28 00:03:29 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                 |               |                |     | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                           |                            |                                                  | 2025-01-29 08:19:01 |            |
| 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                                      |                            |                                                  | 2025-02-19 16:31:22 |            |

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.



**LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA**  
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

