| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2025-02-01 | **Hasta:** | 2025-02-28 | |
| **Nombre del Contratista:** | EDILMA GALINDO CASTILLO | | **Número de Documento:** | 52311878 | |
| **Correo Electrónico:** | hedisitahedisita@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3204136541 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3130-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| U07SA | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | ADMINISTRATIVA | $5401440 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 5401440** | **CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-01-22 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-09-20 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | ENERO | $ 1800467 | |
| 2 | FEBRERO | $ 5401440 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 43211520** | **$ 43211520** | **$ 7201907** | **$ 36009613** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|


***© Siasur - 2025***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 1.Realizar seguimiento y gestion a las acciones de mejora de resultado de auditorias internas y externas, asi como la revision, verificacion, entrega, cargue y seguimiento de los productos de planes de mejoramiento para cierre de hallazgos reportados. | -1-Se da seguimiento a hallazgos realizados por los entes de control externos, así como, a las auditorias internas y de autocontrol realizados por la institución y dirección de urgencias. Se da cierre a los planes de mejoramiento | -1-Se da seguimiento a hallazgos realizados por los entes de control externos, así como, a las auditorias internas y de autocontrol realizados por la institución y dirección de urgencias. Se da cierre a los planes de mejoramiento |
| 2 | 2.Realizar seguimeinto y gestion de los compromisos pendientes relacionados a comites institucionales. | -2- Asistí a comités mensuales , citados por la Subgerencia de Servicios de Salud, presentación de indicador gerencial IAM a comité de historias clínicas demás necesidades identificación previo a los comités | -2- Asistí a comités mensuales , citados por la Subgerencia de Servicios de Salud, presentación de indicador gerencial IAM a comité de historias clínicas demás necesidades identificación previo a los comités |
| 3 | 3.Apoyar en el seguimiento y gestion de las acciones de los diferentes procesos e informes de la Direccion. | -3-Informes de junta presentación de junta, respuesta a los diferentes requerimientos solicitados desde la dirección, los cuales no tienen frecuencia, pero son solicitados por otras áreas. | -3-Informes de junta presentación de junta, respuesta a los diferentes requerimientos solicitados desde la dirección, los cuales no tienen frecuencia, pero son solicitados por otras áreas. |
| 4 | 4.Realizar seguimiento a los resultados del Plan de Gestion Gerencial, consolidado de la informacion y entrega de fichas tecnicas a cargo de la Direccion. | -4-Seguimiento y consolidación de resultados de primer trimestre de indicador IAM, al cual previo a la presentación, en comité de historias clínicas, se tiene reunión con desarrollo institucional para establecer parámetros de presentación del mismo | -4-Seguimiento y consolidación de resultados de primer trimestre de indicador IAM, al cual previo a la presentación, en comité de historias clínicas, se tiene reunión con desarrollo institucional para establecer parámetros de presentación del mismo |
| 5 | 5.Realizar seguimiento y entrega de los resultdos del plan operativo anual. | -5--Seguimiento de cumplimiento de las acciones de POA | -5--Seguimiento de cumplimiento de las acciones de POA |
| 6 | 6.Mantener actualizada la matriz de control y seguimiento para el cumplimiento de los requisitos de habilitaciony plan de trabajo de acreditacion, formatos, guias entre otros, asi como la socializacion con cada responsable. | -6--Seguimiento a matriz de autoevaluación en la UMHES el tunal. Consolidación de soportes para dar respuesta a planes de mejora establecidos, según hallazgos de matriz de autoevaluación. | -6--Seguimiento a matriz de autoevaluación en la UMHES el tunal. Consolidación de soportes para dar respuesta a planes de mejora establecidos, según hallazgos de matriz de autoevaluación. |
| 7 | 7.Realizar seguimiento y gestion al plan anticorrupcion y matriz de riesgos de la Direccion. | -7--Seguimiento y consolidación de soportes correspondientes a la matriz de riesgos | -7--Seguimiento y consolidación de soportes correspondientes a la matriz de riesgos |
| 8 | 8.Apoyar el proceso de actualizacion y difusion de las guias, protocolos, manuales de normas y procedimientos de cada uno de los procesos y programas que dependen de la direccion. | -8--Participación mensual en reunión de seguimiento de convenio por la secretaria de salud, participación en las metas del 4 componente de la DUES, realización de informe mensual, supervisión de matriz financiera mensual, radicación de informe y matriz financiera | -8--Participación mensual en reunión de seguimiento de convenio por la secretaria de salud, participación en las metas del 4 componente de la DUES, realización de informe mensual, supervisión de matriz financiera mensual, radicación de informe y matriz financiera |
| 9 | 9.Apoyar la gestion administrativa de los convenios asignados a la direccion. | -9-Participación en reuniones, realización de informes, desarrollo de planes de mejora, realización de meses de acreditación, asistencias a mesa de análisis de eventos reportados, ronda administrativa de fin de semana | -9-Participación en reuniones, realización de informes, desarrollo de planes de mejora, realización de meses de acreditación, asistencias a mesa de análisis de eventos reportados, ronda administrativa de fin de semana |
| 10 | 10.Soporte especializado al proceso de planeacion, ejecucion y control de los servicios de Urgencias. | -10-Participación en reuniones, realización de informes, desarrollo de planes de mejora, realización de mesas de acreditación, asistencia a mesa de análisis de eventos reportados, ronda administrativa de fin de semana | -10-Participación en reuniones, realización de informes, desarrollo de planes de mejora, realización de mesas de acreditación, asistencia a mesa de análisis de eventos reportados, ronda administrativa de fin de semana |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | 11.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -11.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. la Orden de Prestación de Servicios 3130-2025 que hace parte integral de este requerimiento y según las condiciones indicadas en el mismo. | -11.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. la Orden de Prestación de Servicios 3130-2025 que hace parte integral de este requerimiento y según las condiciones indicadas en el mismo. |


***© Siasur - 2025***

## 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 | $ 1800467 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 5249334974 | - | | |
| 2025 | ENERO | 2025 | 02 | 21 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | UN MILLON OCHOCIENTOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETEPESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 346500** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 177938 | **$ 270700** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 34676 | **$ 52800** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 670000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO AV VILLAS | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 52918815 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | EDILMA GALINDO CASTILLO | 2025-02-24 12:18:15 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-02-26 11:11:34 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | JENNY PATRICIA MORENO GONZALEZ | 2025-03-01 09:45:35 |
| 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 | 2025-03-13 10:16:31 |

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.



**NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA**
**DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52311878 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EDILMA GALINDO CASTILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 94 A6C 18 | TELÉFONO: | 6967436 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **5249334974** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2025 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 2 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/02/21 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 204333 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 346.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 0 | $ 346.000 | $ 500 | $ 346.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 346.000** | **$ 500** | **$ 346.500** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 270.300 | $ 0 | $ 400 | $ 0 | $ 270.300 | $ 400 | $ 0 | $ 270.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 270.300** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 270.700** |

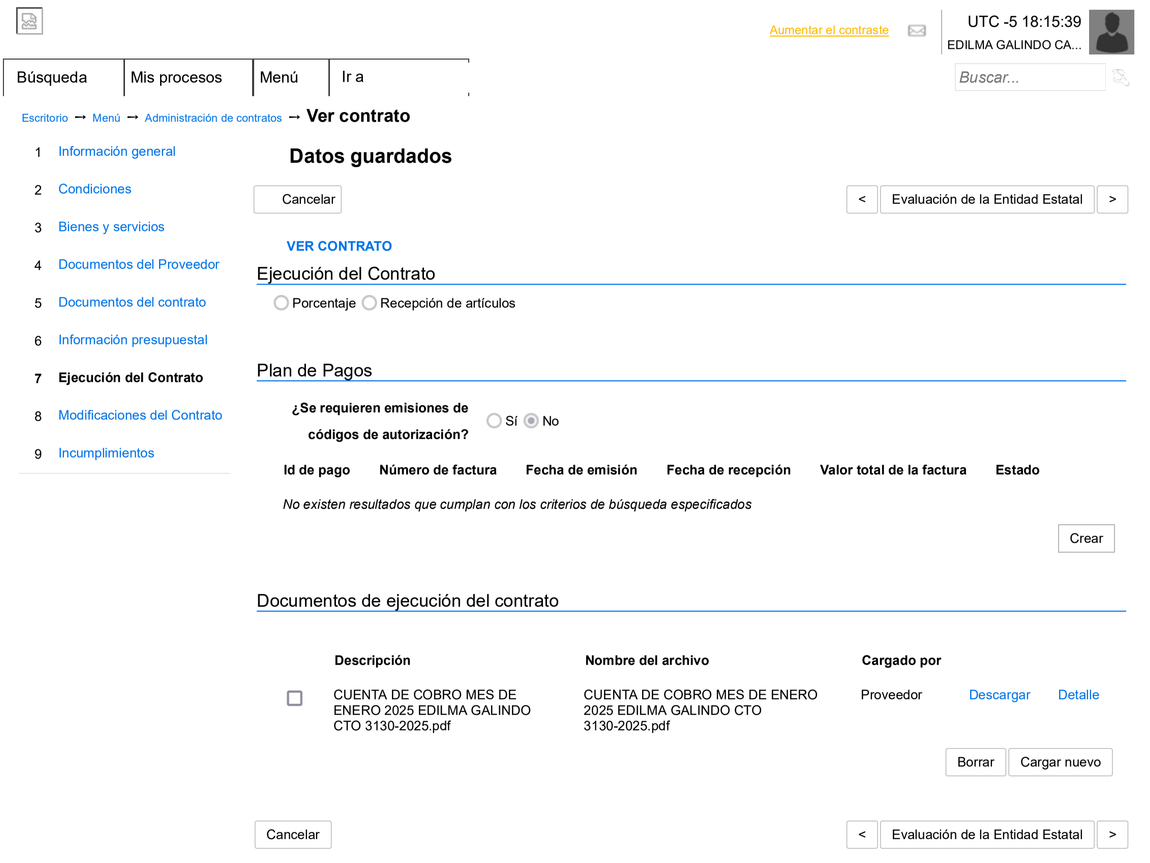
**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 52.700 | $ 52.700 | $ 100 | $ 0 | $ 52.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 52.700** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 52.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52311878 | GALINDO CASTILLO EDILMA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.162.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.162.000 | $ 346.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 346.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 2.162.000 | $ 270.300 | $ 0 | $ 270.300 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.162.000 | 52311878 | $ 52.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 670.000** |


Aumentar el contraste
UTC -5 18:15:39
EDILMA GALINDO CA...
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
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? 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
CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf
CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.