

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-04-01	Hasta:	2025-04-30
Nombre del Contratista:	NICOLE DANIELA BARBOSA CETINA		Número de Documento:	1012463083
Correo Electrónico:	DANIELACETINA1321@GMAIL.COM		Número Telefónico:	3052164213
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	Cargo:	ENFERMERO	Código Grado: - 243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1777-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenecer:	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
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	25881	\$4762104	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4762104	CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-31		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-23
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-04-21		1	\$ 2239375	711
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 4613064	
2		FEBRERO		\$ 4613064	
3		MARZO		\$ 6292821	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	ABRIL	\$ 4762104	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 31215107	\$ 33454482	\$ 20281053	\$ 13173429
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar investigación epidemiológica de campo (iec) de eventos de interés en salud pública en salud mental	-Se realizan 31 investigaciones epidemiológicas de campo, compuestas por intervención en terreno y trabajo administrativo; dentro de las cuales se incluyen 3 paquetes de casos fallidos.	-Consentimientos informados, cargue de IEC en aplicativo y carpetas consolidadas con la información de cada caso (Notificación, IEC, canalización)
2	2. realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes.	-Se realiza verificación de datos con el usuario durante la visita y se realiza revisión de casos en aplicativo PAI, comprobador de derechos y geocodificador.	-Se realiza ajuste de variables socio-demográficas en app SIVIGILA D.C. y en fichas IEC.
3	3. registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	-Diligenciamiento de ficha IEC, ajuste de variables, desarrollo de observaciones y aplicación de tamizajes.	-Se realiza cargue de información al app SIVIGILA y fichas IEC.
4	4. identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad, reportando a los entes competentes.	-Se evalúan riesgos en salud al usuario y a su entorno familiar.	-Se realizan 32 activaciones de rutas por medio de canalizaciones para SIRC. Adicional se activa intersectorial con instituciones pertinente de acuerdo a necesidades identificadas.
5	5. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	-Se diligencia formato de canalización según las necesidades identificadas en salud durante el siguiente día hábil y se envía al área encargada.	-Se realizan activaciones de rutas por medio de canalizaciones para SIRC.
6	6. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	-Se asiste a fortalecimientos y espacios dispuestos por la entidad.	-Listados de asistencia.
7	7. realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable.	-Se realizan cruces de variables repetidas o que tienen relación entre ellas con el objetivo de evaluar coherencia.	-Base de datos.
8	8. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	-Se asiste a fortalecimientos y espacios dispuestos por la entidad.	-Listados de asistencia.
9	9. presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	-Se realiza entrega de documentos físicos requeridos foliados y rotulados.	-Documentos físicos (Consentimientos informados).
10	10. realizar Realizar acompañamiento técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui.	-No se ejecuta actividad	-No aplica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	-No se ejecuta actividad	-No aplica
12	12. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	-Se realizan IEC y consolidación de carpetas.	-Carpetas consolidadas y cargue en aplicativo SIVIGILA D.C.
13	13. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E.	-Se asiste a fortalecimientos y espacios dispuestos por la entidad.	-Listados de asistencia
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-No se ejecuta actividad	-No aplica

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		\$ 6292821
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	85616901	-			
2025	MARZO	2025	04	09					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTIUNPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2517128	\$ 402740		\$ 402800
Salud					COMPENSAR		\$ 314641		\$ 314700
ARL				3	SURA		\$ 61317		\$ 61400
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 730520		\$ 778900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550488436685017

HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN			USUARIO		FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			NICOLE DANIELA BARBOSA CETINA		2025-04-22 22:51:07
ACEPTADO SUPERVISIÓN			NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO		2025-04-24 09:51:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-04-29 20:21:29
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-04-29 20:21:29
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-04-29 20:21:29
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-04-29 20:21:30
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-04-29 20:21:30

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nancy R' with a stylized flourish at the end.

NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012463083	NICOLE DANIELA BARBOSA CETINA		CRA 81 # 75-11 SUR	3052164213	danielacetina1321@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85616901	\$608.000

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	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	37.000
							Días Mora
							Valor Mora Aporte
							Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	1	37.000	37.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.000	608.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012463083	NICOLE DANIELA BARBOSA CETINA		CRA 81 # 75-11 SUR	3052164213	danielacetina1321@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
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85616901	\$608.000

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 exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1012463083	BARBOSA CETINA NICOLE DANIELA	59	0		N																	230301	1.845.225	295.300	0	0		0	0	EPS008	1.845.225	230.700	14-11	1.845.225	3	45.000	CCF24	1.845.225	37.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012463083	NICOLE DANIELA BARBOSA CETINA		CRA 81 # 75-11 SUR	3052164213	danielacetina1321@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
85616901	09/04/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2025-03	2025-03	N	09/04/2025	85736274	TOTAL A PAGAR
					\$221.300

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	84.000	0		0		0	0	0	0	84.000	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	107.500	0	0	0	0	0	0		107.500	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	16.400				16.400	0	0	16.400			164	16.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	13.400	0
						0	
						13.400	

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	84.000	84.000
Pensión	1	107.500	107.500
Riesgos Laborales	1	16.400	16.400
CCF	1	13.400	13.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	221.300	221.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012463083	NICOLE DANIELA BARBOSA CETINA		CRA 81 # 75-11 SUR	3052164213	danielacetina1321@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
85616901	09/04/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	N	09/04/2025	85736274	\$221.300

DETALLE POR COTIZANTE																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES							
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	1012463083	BARBOSA CETINA NICOLE DANIELA	59	0		N																			EPS008	2.517.129	314.700	14-11	2.517.129	3	61.400	CCF24	2.517.129	50.400	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Modificación del contrato](#)

Cancelar

2 [Información general](#)

VER CONTRATO

3 [Condiciones](#)

Ejecución del Contrato

4 [Bienes y servicios](#)

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 [Documentos del Proveedor](#)

Plan de Pagos

6 [Documentos del contrato](#)

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 [Información presupuestal](#)

8 **Ejecución del Contrato**

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 [Modificaciones del Contrato](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

10 [Incumplimientos](#)

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTA DE COBRO ENERO CTO 1777-2025.pdf	CTA DE COBRO ENERO CTO 1777-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO FEBRERO CTO 1777-2025.pdf	CTA DE COBRO FEBRERO CTO 1777-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO MARZO CTO 1777-2025.pdf	CTA DE COBRO MARZO CTO 1777-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>