

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-05-02	Hasta:	2025-05-31
Nombre del Contratista:	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON		Número de Documento:	1031147085
Correo Electrónico:	Alliska3@gmail.com		Número Telefónico:	3014830851
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5545-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	680
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO I-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	25881	\$4762104	103.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4762104	CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-05-02			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-05-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-05-24	2025-06-30	1	\$ 4603361	892
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MAYO			\$ 4762104	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 4920847		\$ 9524208	\$ 4762104	\$ 4762104
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Desarrollar las actividades administrativas y financieras en el marco de la ejecución del convenio vigente.	- Realizar las actividades financieras y administrativas del convenio.	- Magnético	
2	Gestionar la adquisición de elementos necesarios para la operatividad en materia de TH y bienes y servicios.	- Realizar la adquisición necesaria para la ejecución del convenio de manera oportuna	- Magnético	
3	Realizar revisión, seguimiento y cruce de información financiera de los procesos.	- Realizar la adquisición necesaria para la ejecución del convenio de manera oportuna	- Magnético	
4	Realizar los informes correspondientes a la ejecución presupuestal del convenio.	- Realizar el informe requerido por SDS para la ejecución del convenio	- Magnético	
5	Validar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorías y auditorías internas y externas según requerimiento.	- Realizar los procesos requeridos por SDS con informes, auditorías y demás	- Magnético	
6	Realizar planeación, Implementación, monitoreo y evaluación correspondiente a los procesos asignados de acuerdo con los lineamientos definidos para las actividades a desarrollar en cumplimiento al objeto contractual.	- Realizar la implementación necesaria para el cumplimiento de los objetivos propuestos para el convenio.	- Magnético	
7	Informar a tiempo cualquier eventualidad que Interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos. Realizar acompañamiento a las diferentes	- Realizar los procesos requeridos pos SDS con informes, auditorías y demás	- Magnético	
8	realizar acompañamiento a las diferentes reuniones y/o mesas de trabajo a las que sea convocado.	- Se acompañará a las reuniones, comités pertinentes convocados	- Magnético y Listados de asistencia	
9	Llevar control de los procesos de pago a contratistas (valores a certificar, horas adicionales, ect.) y/o proveedores	- Llevar el control de las horas a certificar, horas adicionales de los contratistas	- Magnético	
10	Realizar las conciliaciones tanto en la dirección financiera como en la SDS a fin de tramitar las liquidaciones de los convenios.	- Realizar las liquidaciones pertinentes.	- Magnético	
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	- Realizar otras actividades que lo requieran el convenio	- Magnético	

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	\$ 4508430
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	ABRIL	2025	05	12	79675739190	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1803372	\$ 288540	\$ 255900
Salud					COMPENSAR		\$ 225422	\$ 200000
ARL				3	SURA		\$ 43930	\$ 39000
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	Total	\$ 523376	\$ 494900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570004870459056

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON	2025-05-26 11:00:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON	2025-05-27 22:05:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-05-28 09:46:45
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-05-28 19:47:25

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1031147085
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 19 A N° 51 - 25 SUR TELÉFONO:	2792026
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de impresión.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7967573919	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1471757694

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002248088	230301	230301-PORVENIR			1	\$ 255.900
SUBTOTAL:					1	\$ 255.900
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR			1	\$ 200.000
SUBTOTAL:					1	\$ 200.000
CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO			1	\$ 9.600
SUBTOTAL:					1	\$ 9.600
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 39.000
SUBTOTAL:					1	\$ 39.000

VALOR SIN MORA:	\$ 504.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 504.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031147085	NÚMERO PLANILLA:	7967573919	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 19 A N° 51 - 25 SUR	TELÉFONO:	2792026	DÍAS DE MORA:	0		abril AÑO 2025
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1471757694
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de impresión.				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 255.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 255.900	\$ 0	\$ 0	\$ 255.900
SUBTOTALES:										\$ 255.900	\$ 0	\$ 0	\$ 255.900

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000
SUBTOTALES:										\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000	

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	\$ 0	\$ 39.000	\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 39.000	
SUBTOTALES:										\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 39.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 9.600	\$ 0	\$ 9.600								
SUBTOTALES:					\$ 9.600	\$ 0	\$ 9.600						

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE					NOVEDADES															PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU																		
1	CC 1031147085	ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.599.254			NO																	230301-PORVENIR	30	1.599.254	\$ 255.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 255.900	EPS008-COMPENSAR	30	1.599.254	\$ 200.000	\$ 0	\$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	1.599.254	\$ 103114708	\$ 39.000	30	1.599.254	CCF22-COLSUBSIDIO	\$ 9.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																	

TOTAL PAGADO: \$ 504.500

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](#)

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"/> CTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 8643-2024.pdf	CTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 8643-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> DOC CTO-8643-2024.zip (Archivado)	DOC CTO-8643-2024.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTA DE COBRO ENERO 2025 CTO 8643-2024.pdf	CTA DE COBRO ENERO 2025 CTO 8643-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTA DE COBRO FEBRERO CTO 8643-2024.pdf	CTA DE COBRO FEBRERO CTO 8643-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO 2025 CTO 8643-2024.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 8643-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTA DE COBRO MARZO CTO 8643-2024.pdf.pdf	CTA DE COBRO MARZO CTO 8643-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTA DE COBRO ABRIL CTO 8643-2024.pdf.pdf	CTA DE COBRO ABRIL CTO 8643-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL 2025 CTO 8643-2024.pdf	CUENTA ABRIL 2025 CTO 8643-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >