

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

|                                |                                    |               |                                      |                               |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Periodo a Certificar:</b>   | <b>Desde:</b>                      | 2025-06-01    | <b>Hasta:</b>                        | 2025-06-30                    |
| <b>Nombre del Contratista:</b> | NATALIA NUMPAQUE QUINTERO          |               | <b>Número de Documento:</b>          | 1030573631                    |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | nata1030h@gmail.com                |               | <b>Número Telefónico:</b>            | 3195384598                    |
| <b>Nombre del Supervisor:</b>  | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | <b>Cargo:</b> | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | <b>Código Grado:</b> - 242-25 |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |  |                      |      |                              |     |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|-----|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 5214-2025                                | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 402 |
| <b>Perfil:</b>                       | TECNICO 1-EBE                            |                      |      |                              |     |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |                      |      |                              |     |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS SANTA MARTA                          |                      |      |                              |     |

**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                        | 13804      | \$2539936 | 103.2%                         |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | <b>\$ 2539936</b>                        | <b>DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS</b> |              |                          |            |           |                                |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|  |                            |                          |                    |  |            |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b>        | 2025-03-20                 |                          |                    | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2025-04-09 |
| <b>No. Prorroga</b>                        | <b>Fecha Inicio</b>        | <b>Fecha Terminación</b> | <b>No. Adición</b> | <b>Valor Adición</b>                             | <b>CDP</b> |
| 1  | 2025-04-08                 | 2025-05-31               | 1                  | \$ 3371361                                       | 680        |
| 2  | 2025-05-24                 | 2025-06-30               | 2                  | \$ 2722726                                       | 892        |
| 3  | 2025-06-20                 | 2025-07-31               | 3                  | \$ 2540034                                       | 1066       |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> |                          |                    | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | MARZO                      |                          |                    | \$ 320928  |            |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 2   | ABRIL   | \$ 2415700   |   |
| 3   | MAYO  | \$ 2539936   |   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              | VALOR TOTAL DEL CONTRATO  | PAGOS REALIZADOS   | SALDO DEL CONTRATO  |
| \$ 1722315  | \$ 10356436   | \$ 5276564   | \$ 5079872  |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN  | PRODUCTO O EVIDENCIA   |   |
| 1   | Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS  | -SE REALIZA APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS PARA OPERAR  | -SE REALIZA EL ACTO   |
| 2   | Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.  | -SE REALIZA VISITA A FAMILIAS TENIENDO EN CUENTA SI NECESIDAD SEGÚN SU CICLO DE VIDA   | -PLANILLA DE FIRMAS   |
| 3   | Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo | -SE REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS PARA LA CANALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS FAMILIAS REALIZANDO ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES TOMANDO Y REGISTRANDO LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, SIGNOS VITALES Y CANALIZACIONES SEGÚN LA NECESIDAD | -SE REALIZA CANALIZACIÓN EN FORMATO SIRC, LISTADO DE FIRMAS, INGRESO A APLICATIVO GTAPS |
| 4   | Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado.   | -SE BRINDA INFORMACIÓN EDUCATIVA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD SEGÚN CICLOS DE VIDA, CANALIZANDO A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE Y EAPB SEGÚN NECESIDAD DE LA FAMILIA.   | -PLANILLA DE FIRMAS, CANALIZACIÓN FORMATO SIRC  |
| 5   | Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos  | -SE REALIZA VISITA A FAMILIAS ATENDIENDO SU NECESIDAD SEGÚN CICLO DE VIDA SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE TAMIZAJES, SIGNOS VITALES. ETC.   | -PLANILLA DE FIRMAS   |
| 6   | Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento   | -REALIZAR CANALIZACIÓN INDIVIDUAL Y DEL INDIVIDUO IDENTIFICANDO LOS RIESGOS SE REALIZA, ACTIVIDADES DE RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO EN SALUD. CANALIZACIONES  | -PLANILLA DE FIRMAS   |
| 7   | Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento   | -REALIZAR ASISTENCIA A REUNIONES, CAPACITACIONES, Y FORTALECIMIENTOS ASIGNADOS   | -LISTADO DE RESISTENCIA   |
| 8   | Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS  | -REALIZAR PLAN DE MEJORA CON LAS RECOMENDACIONES OBTENIDAS POR LA SDS  | -PLAN DE MEJORA   |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |  | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>  | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b> |
|--|--|--|-----------------------------|
| 9  | Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | -DESARROLLAR ACCIONES INTEGRALES DE PROMOCIÓN EN SALUD, PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y GESTIÓN DEL RIESGO SEGÚN EL CURSO DE VIDA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN. | -PLAN DE CUIDADO FAMILIAR   |
| 10   | Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados   | -VALIDAR EL REGISTRO DE INFORMACIÓN CON CRITERIOS DE CALIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA. DISPUESTO POR LA SDS   | -REVISIÓN DE LA APLICACIÓN  |
| 11   | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                | -ADHERIRSE AL PROCESO DE REVISIÓN DOCUMENTAL EN LA ORGANIZACIÓN Y CUSTODIA DE LOS DOCUMENTOS   | -APOYO GESTOR               |

| 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 | \$ 2539936       |
| AÑO   | MES  | AÑO           | MES | DÍA                                     |  |                             |  |                  |
| 2025  | MAYO | 2025          | 06  | 11                                      | 9486405935   | -                           |  |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |      |               |     |   | DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS |                             |  |                  |
| Item  |      |               |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización   | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado                                   |                  |
| Pensionado  |      |               |     | NO                                      | PROTECCIÓN   | \$ 1423500                  | \$ 227760  | \$ 228000        |
| Salud   |      |               |     |   | SÁNITAS  |                             | \$ 177938  | \$ 178200        |
| ARL   |      |               |     | 3                                       | SURA   |                             | \$ 34676   | \$ 34800         |
| Caja de Compensación                                    |      |               |     | NO                                      |  | <b>Total</b>                | <b>\$ 413129</b>                                 | <b>\$ 441000</b> |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                               |                |         |                  |             |
|---------------------|-------------------------------|----------------|---------|------------------|-------------|
| Entidad Bancaria    | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24072786172 |

| HISTÓRICO                               |                                    |                     |
|---|------------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                             | USUARIO                            | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES     | NATALIA QUINTERO NUMPAQUE          | 2025-06-26 19:30:19 |
| RECHAZADO SUPERVISOR                    | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-06-27 07:48:12 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | NATALIA QUINTERO NUMPAQUE          | 2025-06-27 21:22:34 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                    | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-06-28 10:01:49 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                   | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO          | 2025-06-28 13:33:59 |

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**

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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                           |                 |                    |                  |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------|-----------------|--------------------|------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social              | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección        | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1030573631                 |    | NUMPAQUE QUINTERO NATALIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 30 n 30a 231 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3195384598 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                   |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                   |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco             | Dias Mora | Valor     |
| 2025-05                           | 2025-05 | 1546036818 | 9486405935 | I        | 2025/06/10 | 2025/06/11 | BANCO CAJA SOCIAL | 1         | \$441,000 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                   |                      |            |                  |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |
|--|----------------------|------------|------------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO   |                      |            | PENSION          |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.  | Identificación       | Nombres    | Codigo           | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días | IBC         | Aporte   | Días         | IBC | Aporte |
| <b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>          |                      |            |                  |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b> |                      |            |                  |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)   |                      |            |                  |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |
| 1  | CC                   | 1030573631 | NUMPAQUE NATALIA | 230201 | 30          | \$1,423,500 | \$227,800 | EPS005 | 30          | \$1,423,500 | \$178,000 | 0    | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$1,423,500 | \$34,700 | 0            | \$0 | \$0    |
| <b>Total</b>                                       | <b>Afiliados( 1)</b> |            |                  |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                           |                 |                    |                  |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------|-----------------|--------------------|------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social              | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion        | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1030573631                 |    | NUMPAQUE QUINTERO NATALIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 30 n 30a 231 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3195384598 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                   |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                   |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco             | Dias Mora | Valor     |
| 2025-05                           | 2025-05 | 1546036818 | 9486405935 | I        | 2025/06/10 | 2025/06/11 | BANCO CAJA SOCIAL | 1         | \$441,000 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                   |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$227,800         | \$200          | \$0                    | \$228,000        |  |
| PROTECCION               | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$227,800         | \$200          | \$0                    | \$228,000        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$34,700          | \$100          | \$0                    | \$34,800         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$34,700          | \$100          | \$0                    | \$34,800         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$178,000         | \$200          | \$0                    | \$178,200        |  |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$178,000         | \$200          | \$0                    | \$178,200        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$440,500</b>  | <b>\$500</b>   | <b>\$0</b>             | <b>\$441,000</b> |  |



¡Hola, Natalia numpaqué Quintero!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

Valor: \$ 441.000

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:  
9486405935

Fecha de la transacción: 11/06/2025

CUS: 1546036818

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



**Para mayor información comunícate con nosotros:**

- En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
- Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial



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"/> ARL SURA 1030573631 CTO 5214-2025.pdf | ARL SURA 1030573631 CTO 5214-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA MARZO 2025 CTO 5214-2025.pdf   | CUENTA MARZO 2025 CTO 5214-2025.pdf   | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025 CTO 5214-2025.pdf    | CUENTA MAYO 2025 CTO 5214-2025.pdf    | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> cuenta abril 2025 cto 5214-2025.pdf   | cuenta abril 2025 cto 5214-2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >