

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	09/01/2025	82782035	\$650.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	262.900	0		0		0	0	0	262.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	336.500	0	0	0	0	0	0		336.500	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	51.300				51.300	0	0	51.300			513	51.300	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	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	262.900	262.900
Pensión	1	336.500	336.500
Riesgos Laborales	1	51.300	51.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	650.700	650.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80726571	JOSE LEONARDO ACEVEDO RINCON		KR 16 # 58-19 APTO 403	3143484125	leonardoacevedo279@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				10
TOTAL A PAGAR					
2024-12	2024-12	I	09/01/2025	82782035	\$650.700

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	RL	CORRECCIÓN	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	80726571	ACEVEDO RINCON JOSE LEONARDO	59	0		N																	231001	2.102.636	336.500	0	0		0	0	EPS005	2.102.636	262.900	14-11	2.102.636	3	51.300		0	0	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 Contratista:	del	JOSE LEONARDO ACEVEDO RINCON		Número de Documento:	80726571
Correo Electrónico:	leonardoacevedo279@gmail.com			Número Telefónico:	3143484125
Nombre Supervisor:	del	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1237-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	28414	\$5228176	107.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5228176	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSSETENTA 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	\$ 5228176	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 35377419	\$ 35377419	\$ 5228176	\$ 30149243

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	-62 seguimientos para la mitigación de eventos prioritarios en salud mental en la comunidad educativa	-Formato de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno cuidador Educativo
2	2. realizar la concertación con las familias para el desarrollo de las sesiones.	-Llamadas telefónicas para generar la concertación con las familias.	-Formato de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno cuidador Educativo
3	3. realizar intervención a los casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificación por parte de las instituciones educativas de acuerdo al lineamiento.	-62 seguimientos para la mitigación de eventos prioritarios en salud mental en la comunidad educativa	-Formato de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno Educativo
4	4. socializar las líneas de apoyo psicosocial y/o soporte en situación de crisis.	-Socialización de líneas de apoyo en los seguimientos y soporte emocional a cada uno de los programados para el mes 62 seguimientos.	-Formato de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno educativo, y Formato de sesiones colectivas.
5	5. realizar fortalecimiento a los docentes frente a la identificación de eventos en salud mental.	-Cada caso intervenido viene soportado con los debidos formatos de recolección de la información	-Formato de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno Educativo, y Formato de sesiones colectivas
6	6. orientar y canalizar a la población de acuerdo a las necesidades y si hay lugar efectuar remisión a los servicios de salud y/o sociales.	-Diligenciamiento de formatos de canalizaciones ante las necesidades identificadas psicosociales en la comunidad durante los seguimientos realizados.	-Formato de Canalizaciones
7	7. diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-Cada caso intervenido viene soportado con los debidos formatos de recolección de la información	-Formato de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno Educativo, y Formato de sesiones colectivas
8	8. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Se dio cumplimiento a la entrega de archivos correspondiente a las intervenciones realizadas conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	-Drive de seguimientos, registro de ficha de seguimientos en eventos prioritarios en salud mental.
9	9. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Las actividades, productos e informes, son entregados y sometidos a proceso de precrítica antes de su validación y digitación.	-Drive de seguimientos correspondiente, Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental-Entorno Educativo, y Formato de sesiones colectivas.
10	10. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Las actividades, productos e informes, son entregados y sometidos a proceso de precrítica antes de su validación y digitación.	-Drive de seguimientos, registro de ficha de seguimientos en eventos prioritarios en salud mental
11	11. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Se dio cumplimiento a la entrega de archivos correspondiente a las intervenciones realizadas conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	-Drive de seguimientos, registro de ficha de seguimientos en eventos prioritarios en salud mental
12	12. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-Se informo oportunamente sobre cualquier eventualidad o cambios en el cronograma mensual que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos a la profesional de apoyo y líder el espacio educativo.	-Drive de Cronograma

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Durante el mes se dio cumplimiento a las acciones programadas para la atención de eventos de interés en salud pública en la Subred Sur, realizando la promoción de las mismas.	-Cronograma y comunicaciones por medio 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		\$ 5228176
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82782035	-			
2024	DICIEMBRE	2025	01	09					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEIS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 2091270	\$ 334603	\$ 336500	
Salud					SÁNTITAS		\$ 261409	\$ 262900	
ARL				3	SURA		\$ 50943	\$ 51300	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 606928	\$ 650700	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24104137134

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSE LEONARDO ACEVEDO RINCON	2025-01-23 21:02:16
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-01-24 14:31:48
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-25 13:45:10
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 16:31:17

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
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 19:55:06

José Leonardo Ace...

- Búsqueda
- Mis procesos
- Menú
- Ir a

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

<

Evalua

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 OCTUBRE - CTO 7511 - 2024.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE - CTO 7511 - 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE- CTO 7511-2024.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE-CTO 7511-2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO DICIEMBRE- CTO 7511-2024.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE-CTO 7511-2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>