

**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>	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		<b>Número de Documento:</b>	1023958425
<b>Correo Electrónico:</b>	angie12vanessa@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3132085769
<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>	5443-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	680
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV-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	29331	\$5396904	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 5396904</b>	<b>CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-04-15			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-05-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-05-24	2025-06-30	1	\$ 5037101	892
2	2025-06-20	2025-07-31	2	\$ 5396904	1066
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	ABRIL			\$ 2698452	
2	MAYO			\$ 5396904	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8095356		\$ 18529361	\$ 8095356	\$ 10434005
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Apoyar en la supervisión y validación del funcionamiento del servicio en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia en los diferentes procesos.	-Realizar supervisión y validación del funcionamiento del servicio en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia en los diferentes procesos.	-- Acta de verificación de soportes	
2	Articular con profesionales líderes del grupo de apoyo para validar la ejecución efectiva de las acciones	----Se realiza articulación con profesionales líderes del grupo de apoyo para validar la ejecución efectiva de las acciones.	--Listados de asistencia de la sesión	
3	Realizar Acompañamiento a comités y reuniones convocados por la Secretaría de Salud para presentar avances y cumplimiento de metas.	-- --Se realiza acompañamiento a comités y reuniones convocados por la Secretaría de Salud para presentar avances y cumplimiento de metas	- --Se verifica aplicativos diario, bases y descargas de excel	
4	Dar Cumplimiento a las obligaciones establecidas en el clausulado, según la matriz programática de la Secretaría de Salud, realizando agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo en territorios priorizados.	--Se da cumplimiento a las obligaciones establecidas en el clausulado, según la matriz programática de la Secretaría de Salud, realizando agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo en territorios priorizados	----Verificación de Bases según asignación territorial	
5	Entregar informes de gestión y productos conforme a los compromisos establecidos en el Convenio y gestionar reportes requeridos por la Secretaría de Salud.	----Se realiza entregar informes de gestión y productos conforme a los compromisos establecidos en el Convenio y gestionar reportes requeridos por la Secretaría de Salud	- ---Listados de asistencia	
6	Apoyar la Formulación de planes de trabajo y cronogramas semanales para los equipos a cargo, basados en proyecciones del grupo de Geografía.	---Se apoya en la Formulación de planes de trabajo y cronogramas semanales para los equipos a cargo, basados en proyecciones del grupo de Geografía	- ---Listados de asistencia y Drive	
7	Generar informes, indicadores y reportes de acciones según solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la Secretaría de Salud.	-Desarrollar informes, indicadores y reportes de acciones según solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la Secretaría de Salud.	---Informe mensual de las dinámicas propias de los territorio	
8	Realizar seguimiento de manera semanal, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.	--realizar acompañamientos en campo para identificar inconsistencias Y/o hallazgos en la misma	--lista de chequeo	
9	Participar en la planeación y ejecución en las actividades de fortalecimiento técnico, comité del cuidado y reunión del equipo básico extramural	-Se realiza seguimiento de manera semanal, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias	---Verificación de matrices de Excel y aplicativo	
10	Participar en la planeación y ejecución en las actividades de fortalecimiento técnico, comité del cuidado y reunión del equipo básico extramural	----Se participar en la planeación y ejecución en las actividades de fortalecimiento técnico, comité del cuidado y reunión del equipo básico extramural.	----Listados de asistencia	
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	--Se realizar seguimiento, monitoreo y análisis de indicadores de proceso, incluyendo reportes de visitas, cumplimiento de canalizaciones y remisiones a rutas de atención sectorial e intersectorial	---Bases de seguimiento y Drive	

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	\$ 5396904
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MAYO	2025	06	11	87349532	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 2158762	\$ 345402	\$ 346000
Salud					SÁNITAS		\$ 269845	\$ 270300
ARL				3	SURA		\$ 52587	\$ 52700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 626516</b>	<b>\$ 669000</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24098515567

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ	2025-06-26 14:47:06
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ	2025-06-26 14:48:07
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-28 21:32:26
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-29 18:16:12

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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023958425	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		calle 39 sur # 50 a 25	4560032	angie12vanessa@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87349532	\$669.000	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	269.900	0		0		0	2	400	0	270.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	345.500	0	0	0	0	2	500	0	346.000	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	52.600				52.600	2	100	52.700			526	52.700	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
<b>SENA</b>				
0	2	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	2	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	269.900	270.300
Pensión	1	345.500	346.000
Riesgos Laborales	1	52.600	52.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>668.000</b>	<b>669.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023958425	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		calle 39 sur # 50 a 25	4560032	angie12vanessa@hotmail.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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87349532	\$669.000		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	COMERCIÓN	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	1023958425	ROMERO GOMEZ ANGIE VANESSA	59	0		N								X										230201	2.158.762	345.500	0	0	0	0	EPS005	2.158.762	269.900	14-11	2.158.762	3	52.600		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

## Pago de servicios electrónicos

### Resultado de la transacción

Transacción exitosa.



Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

**FECHA Y HORA**

11 junio 2025 3:06 pm

**DIRECCIÓN IP:** 186.85.240.24

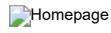
**NÚMERO DE TRANSACCIÓN**

APII5162328062323027

**NÚMERO DE CONFIRMACIÓN**

30276NLB

<b>NOMBRE DEL COMERCIO</b>	COMPENSAR-OI
<b>NIT DEL COMERCIO</b>	9998600669427
<b>CÓDIGO DEL SERVICIO</b>	99000
<b>VALOR DE LA TRANSACCIÓN</b>	\$669.000,00
<b>VALOR DEL IMPUESTO</b>	\$0,00
<b>REFERENCIA DE PAGO</b>	87349532
<b>FECHA DE LA SOLICITUD</b>	11 junio 2025
<b>REFERENCIA 1</b>	
<b>REFERENCIA 2</b>	CC
<b>REFERENCIA 3</b>	1023958425
<b>CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)</b>	1547149933
<b>CICLO DE LA TRANSACCIÓN</b>	4
<b>DESCRIPCIÓN DEL PAGO</b>	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
<b>CUENTA ORIGEN</b>	Cuentamiga *****5567



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 14:40:53

Romero Gomez



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

1 Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Est

2 Condiciones

**VER CONTRATO**

3 Bienes y servicios

**Modificación del Contrato**

4 Documentos del Proveedor

Ref. de Modificación	Tipo de modificación	Fecha de modificación	Fecha de Aprobación	Estado	Versión	Versión previa
CO1.CTRMOD.19433191	Modificar el contrato	21/06/2025 5:08 PM <i>(UTC -5 horas)</i>	22/06/2025 9:12 AM <i>(UTC -5 horas)</i>	Publicado	3	<a href="#">Ver</a>
CO1.CTRMOD.19168438	Modificar el contrato	26/05/2025 12:59 PM <i>(UTC -5 horas)</i>	26/05/2025 1:28 PM <i>(UTC -5 horas)</i>	Publicado	2	<a href="#">Ver</a>

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 **Modificaciones del Con...**

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Est

9 Incumplimientos