

**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> | KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES   |               | <b>Número de Documento:</b>          | 1032498958                    |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | karentsilva98@gmail.com            |               | <b>Número Telefónico:</b>            | 3203956885                    |
| <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>                 | 5740-2025                                | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 680 |
| <b>Perfil:</b>                       | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4-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>        | 2025-05-12                 |                          |                    | <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                  | \$ 7195868                                       | 892        |
| 2  | 2025-06-20                 | 2025-07-31               | 2                  | \$ 3607713                                       | 1066       |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> |                          |                    | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | MAYO                       |                          |                    | \$ 3607713                                       |            |

|                                   |                                 |                         |                           |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b> | <b>PAGOS REALIZADOS</b> | <b>SALDO DEL CONTRATO</b> |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

| \$ 3597940  |   | \$ 14401521  | \$ 3607713                          | \$ 10793808 |
|---|---|--|-------------------------------------|-------------|
| 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.   | -Seguimiento de los productos y cumplimiento de las actividades, en campo y en el aplicativo, realizando verificación en bases de datos  | -Actas de seguimiento y precriticas |             |
| 2   | Articular con profesionales líderes del grupo de apoyo para validar la ejecución efectiva de las acciones.  | -Articulación con los diferentes componentes y as mismo con los espacios de salud pública para el desarrollo de los productos,   | -listado de asistencia              |             |
| 3   | Realizar Acompañamiento a comités y reuniones convocados por la Secretaría de Salud para presentar avances y cumplimiento de metas.   | -Asistencia a comités y convocatorias por sds  | -listado de asistencia              |             |
| 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. | -Seguimiento de los productos y verificación con las precriticas, revisando el cumplimiento de las actividades, en campo y en el aplicativo, realizando verificación en bases de datos | -Actas de seguimiento               |             |
| 5   | Entregar informes de gestión y productos conforme a los compromisos establecidos en el Convenio y gestionar reportes requeridos por la Secretaría de Salud.   | -Proceso de informe de gestión según solicitud   | -Drive                              |             |
| 6   | Apoyar la Formulación de planes de trabajo y cronogramas semanales para los equipos a cargo, basados en proyecciones del grupo de Geografía.  | -Articulación con los procesos para el desarrollo del cronograma y actividades programadas.  | -lista de asistencia                |             |
| 7   | Generar informes, indicadores y reportes de acciones según solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la Secretaría de Salud.  | -Proceso de informe de gestión según solicitud.  | -Drive                              |             |
| 8   | Realizar seguimiento de manera semanal, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.  | -Se realiza seguimiento en campo y precritica de los productos realizados por parte de los colaboradores   | -actas y listas de chequeo          |             |
| 9   | Participar en la planeación y ejecución en las actividades de fortalecimiento técnico, comité del cuidado y reunión del equipo básico extramural.   | -Participación en los comités, fortalecimientos y reuniones asignadas  | -Listas de asistencia               |             |
| 10  | 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.   | -Se realiza seguimiento en campo y precritica de los productos realizados por parte de los colaboradores   | -Actas y listas de chequeo          |             |
| 11  | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.   | -Actividades a demanda   | -actas, listados de asistencia      |             |

| 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 | \$ 3607713       |
| AÑO   | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            |  |                            |  |                  |
| 2025  | MAYO                  | 2024          | 06  | 16             | 87411608   | -                          |  |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | TRES MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS TRECEPESOS |                            |  |                  |
| Item  |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                    | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado   |
| Pensionado  |                       |               |     | NO             | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES        | \$ 1443085                 | \$ 230894  | \$ 230900        |
| Salud   |                       |               |     |                | COMPENSAR  |                            | \$ 180386  | \$ 180400        |
| ARL   |                       |               |     | 3              | SURA   |                            | \$ 35154   | \$ 35200         |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO             |  | <b>Total</b>               | <b>\$ 418813</b>                                 | <b>\$ 446500</b> |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |  |                            |  |                  |
| Entidad Bancaria  | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS  | Número de Cuenta           | 550488414263175                                  |                  |
| HISTÓRICO   |                       |               |     |                |  |                            |  |                  |
| OBSERVACIÓN   |                       |               |     |                | USUARIO  |                            | FECHA  |                  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES                           |                            | 2025-06-24 13:07:02                              |                  |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                       |               |     |                | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA                                   |                            | 2025-06-27 16:08:25                              |                  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |     |                | KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES                           |                            | 2025-06-27 16:55:58                              |                  |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                       |               |     |                | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA                         |                            | 2025-06-28 21:34:57                              |                  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |     |                | KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES                           |                            | 2025-06-28 21:46:21                              |                  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA                         |                            | 2025-06-28 22:03:35                              |                  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                  |                            | 2025-06-29 18:16:30                              |                  |

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.

*Yolanda Janneth Montilla*

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |        |                |                    |                         |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                  |
| CC                  | 1032498958        | KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES |        | cra 11 #20a 06 | 7293641            | karentsilva98@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                  | CÓDIGO | DEPARTAMENTO   | CIUDAD / MUNICIPIO |                         |
| ÚNICA               | I - Independiente |                                  |        | CUNDINAMARCA   | SOACHA             |                         |

| 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             | 16/06/2025               | 87411608        | \$446.500     |     |

## 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 | 180.400                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 180.400       | 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 |
|------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14      | Colpensiones | 900336004-7 | 230.900                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 230.900       | 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 | 35.200                 |                  |       |                        | 35.200                | 0         | 0                     | 35.200              |                            |                     | 352               | 35.200        | 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            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 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                              | 180.400                             | 180.400        |
| Pensión             | 1                              | 230.900                             | 230.900        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 35.200                              | 35.200         |
| 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>446.500</b>                      | <b>446.500</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |        |                |                    |                         |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                  |
| CC                  | 1032498958        | KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES |        | cra 11 #20a 06 | 7293641            | karentsilva98@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                  | CÓDIGO | DEPARTAMENTO   | CIUDAD / MUNICIPIO |                         |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                  |        | CUNDINAMARCA   | SOACHA             |                         |

| 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                           | \$446.500     |                          |                 |          |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                  |           |         |           |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |         |    |      |     |       |            |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|---------|----|------|-----|-------|------------|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                  |           |         |           |           |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     | PENSIÓN |    |      |     | SALUD |            |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres              | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA      | MA | ASAP | VCT | IRL   | 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   | 1032498958            | SILVA CIFUENTES KARENT ESTEFANIA | 59        | 0       |           | N         |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |         |    |      |     |       |            | 25-14    | 1.443.085         | 230.900    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008       | 1.443.085 | 180.400                | 14-11    | 1.443.085 | 3               | 35.200     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA



[← Atrás](#)

### Compra COMPENSAR-OI

Valor  
**\$446.500,00 COP**

Nº de aprobación  
**5517322-3**

Canal  
**Zona de Pagos PSE**

Fecha y hora  
**14 jun., 2025  
10:01 pm**

Origen

**Cuenta de Ahorros**

0550 4884 1426 3175

KARENT ESTEFANIA SILVA CIFU...



Destino

**COMPENSAR-OI**

\*\*\*\* |



Descargar  
comprobante



UTC -5 11:43:31 

KARENT ESTEFANIA...

Configuraciones del usuario  
KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES  
CAT: 0567512

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

24 Jun, 2025(UTC -5) 11:43:31

---

Salir

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

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 |   |
|--|---------------------------------------|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> ARL SURA 1032498958 CTO 5740-2025.pdf | ARL SURA 1032498958 CTO 5740-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025 CTO 5740-2025.pdf    | CUENTA MAYO 2025 CTO 5740-2025.pdf    | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >