

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-06-01	Hasta:	2025-06-30	
Nombre del Contratista:	JAMES SANCHEZ MOSQUERA		Número de Documento:	1077468461	
Correo Electrónico:	sanchez-james@hotmail.com		Número Telefónico:	3104920519	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5692-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	680
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	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	5	13804	\$2608956	102.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2608956	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-05-05		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	\$ 2793819	892
2	2025-06-20	2025-07-31	2	\$ 2608956	1066
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MAYO		\$ 2286612	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
----------------------------	--------------------------	------------------	--------------------

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	\$ 2286612			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	86648314	-					
2025	MAYO	2025	06	16							
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS DOCEPESOS						
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado			
Pensionado			NO	PORVENIR		\$ 1423500	\$ 227760	\$ 334100			
Salud				COMPENSAR			\$ 177938	\$ 261000			
ARL			3	SURA			\$ 34676	\$ 50900			
Caja de Compensación			SI	COMPENSAR		Total	\$ 413129	\$ 646000			
INFORMACIÓN DE PAGO											
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	455900125747			
HISTÓRICO											
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA				
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JAMES SANCHEZ MOSQUERA		2025-06-24 11:36:23				
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-06-25 07:25:08				
RECHAZADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-06-25 20:02:35				
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JAMES SANCHEZ MOSQUERA		2025-06-25 21:29:12				
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JAMES SANCHEZ MOSQUERA		2025-06-25 21:32:33				
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JAMES SANCHEZ MOSQUERA		2025-06-25 21:34:21				
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JAMES SANCHEZ MOSQUERA		2025-06-25 21:35:46				
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JAMES SANCHEZ MOSQUERA		2025-06-25 21:37:36				
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-06-28 10:14:33				
RECHAZADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-06-28 13:50:45				
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JAMES SANCHEZ MOSQUERA		2025-06-28 14:29:29				
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-06-28 14:31:01				
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-06-28 21:02:35				

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	1077468461	JAMES SANCHEZ MOSQUERA		Kr93 B34 15 sur Apto 902 torre 3	3104920519	sanchez-james@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
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	86648314	\$687.800

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	261.000	0		0		0	0	0	0	261.000	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	
230301	Porvenir	800224808-8	334.100	0	0	0	0	0	0		334.100	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	50.900				50.900	0	0	50.900			509	50.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	41.800	0	0	41.800	1

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		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1077468461	JAMES SANCHEZ MOSQUERA		Kr93 B34 15 sur Apto 902 torre 3	3104920519	sanchez-james@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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	86648314	\$687.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1077468461	SANCHEZ MOSQUERA JAMES	59	0		N																			230301	2.087.628	334.100	0	0	0	0	EPS008	2.087.628	261.000	14-11	2.087.628	3	50.900	CCF24	2.087.628	41.800	0	0	0	0	0

PAGADA

PSE - Transacción Aprobada **CUS 1552672306**

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Fecha Vie 13/06/2025 7:21 PM

Para sanchez-james@hotmail.com <sanchez-james@hotmail.com>



¡Hola, james sánchez mosquera !

Estado de la Transacción:

Aprobada 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 687.800

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 13/06/2025

CUS: 1552672306

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>

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

Agencia Nacional de Contratación Pública

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC-5 10:25:31

james.sanchez.mos...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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
☐ ARL SURA 1077468461 CTO 5692-2025.pdf	ARL SURA 1077468461 CTO 5692-2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ CUENTA MAYO 2025 CTO 5692-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 5692-2025.pdf	Comprador Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal