

**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:	CAROLINA ALBA HERRERA		Número de Documento:	52797814	
Correo Electrónico:	caroalba16@gmail.com		Número Telefónico:	3226855171	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5242-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	578
Perfil:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V01VAN692	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	\$4056200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4056200	CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-03-25			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-05-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-05-29	2025-12-21	1	\$ 26770927	919
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MARZO			\$ 946447	
2	ABRIL			\$ 4056200	
3	MAYO			\$ 4056200	
4	JUNIO			\$ 4056200	

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

\$ 9464467		\$ 36235394		\$ 13115047		\$ 23120347		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)			ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN			PRODUCTO O EVIDENCIA		
1	Apoyar el proceso de socialización, inscripción y convocatoria del proyecto		- No aplican estas actividades para este período			-No aplica evidencias para este periodo		
2	Apoyar y participar y contribuir al desarrollo de las diferentes etapas del proyecto, y en especial aquellas que requieran orientación técnica específica.		-Asistí y participe en reuniones de equipo de ejecución CI 1692/2024			-Los soportes se encuentran en el drive carpeta cuentas de cobro mes de junio 2025 correo referente fdl@subredsur.gov.co		
3	Apoyar en el desarrollo de las acciones que correspondan para dar cumplimiento a lo concertado en el cronograma general (visitas domiciliarias – entregas de DAP – seguimiento a proveedores – seguimiento a los DAP entre otros)		-Elabore cronograma de actividades acorde a la meta establecida para el período			-Los soportes se encuentran en el drive carpeta cuentas de cobro mes de junio 2025 correo referente fdl@subredsur.gov.co		
4	Apoyar con la solicitud de insumos de acuerdo con las actividades a desarrollar.		-No aplican estas actividades para este período			-No aplica evidencias para este periodo		
5	Apoyar en la articulación y gestión con el área de participación social de la subred y/o la SDS, garantizando el desarrollo de los procesos de veeduría ciudadana en la ejecución de las acciones y cumplimiento de los productos.		-No aplican estas actividades para este período			-No aplica evidencias para este periodo		
6	Apoyar en la articulación sectorial e intersectorial que facilite la ejecución de las acciones y cumplimiento de los productos.		-Asistí a reuniones de equipo ejecutor CI 1692/2024			-Los soportes se encuentran en el drive carpeta cuentas de cobro mes de junio 2025 correo referente fdl@subredsur.gov.co		
7	Apoyo a la presentación pública inicial y final.		- No aplican estas actividades para este período			-No aplica evidencias para este periodo		
8	Apoyar en la actualización de la base de datos.		-Realice depuración de base de datos de inscritos CI 1692/2024			-Los soportes se encuentran en el drive carpeta cuentas de cobro de junio 2025 correo referente fdl@subredsur.gov.co		
9	Apoyar y participar en reuniones con supervisores de acuerdo con necesidad. 10. Dar cumplimiento al cronograma de actividades. (visitas domiciliarias – entregas de DAP – seguimiento a proveedores – seguimiento a los DAP entre otros)		- Asistí a reuniones de equipo ejecutor CI 1692/2024 - Realice visitas domiciliarias de vulnerabilidad y prescripción CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar - Realice seguimientos vigencia anterior (2023)CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar			-Los soportes se encuentran en el drive carpeta cuentas de cobro mes de junio 2025 correo referente fdl@subredsur.gov.co		
10	Apoyo operativo al proceso de solicitud y compra de insumos requeridos para el desarrollo de las categorías		-No aplican estas actividades para este período			-No aplica evidencias para este periodo		
11	Apoyar en la participación del plan de fortalecimiento de capacidades, habilidades y competencias al talento humano para equipos técnicos y operativos del equipo ejecutor.		-Asistí a reuniones de equipo ejecutor CI 1692/2024 con coordinación			-Los soportes se encuentran en el drive carpeta cuentas de cobro mes de junio 2025 correo referente fdl@subredsur.gov.co		

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	Dinamizar las acciones de canalización de los usuarios a otros programas de Salud y/o sociales, con la activación de las rutas integrales de atención en salud (RIAS) por el PSPIC.	-No aplican estas actividades para este período	-No aplica evidencias para este periodo
13	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Revisión de Dispositivos para reasignar con Supervisión CIA 1692-2024 Localidad Ciudad Bolívar	-Los soportes se encuentran en el drive carpeta cuentas de cobro mes de junio 2025 correo referente fdl@subredsur.gov.co

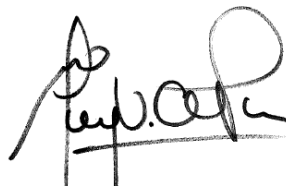
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 4056200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MAYO	2025	06	16	87411973	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1622480	\$ 259597	\$ 269100
Salud					FAMISANAR		\$ 202810	\$ 210300
ARL				1	SURA		\$ 8469	\$ 41000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 470876	\$ 520400

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	451870102501

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAROLINA ALBA HERRERA	2025-06-23 17:19:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-06-26 12:29:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-06-28 13:08:58

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52797814	CAROLINA ALBA HERRERA		CRA 102A N 130A -19	6016838573	carrito2601@yahoo.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	
2025-06	2025-06	I	16/07/2025	88221436	\$521.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	208.800	0		0		0	13	1.700	0	210.500	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	267.200	0	0	0	0	13	2.200	0	269.400	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	40.700				40.700	13	400	41.100			407	41.100	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	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	208.800	210.500
Pensión	1	267.200	269.400
Riesgos Laborales	1	40.700	41.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	516.700	521.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52797814	CAROLINA ALBA HERRERA		CRA 102A N 130A -19	6016838573	carrito2601@yahoo.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	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	16/07/2025	88221436	\$521.000		

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	ASP	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	52797814	ALBA HERRERA CAROLINA	57	0		N																		230301	1.669.729	267.200	0	0	0	0	EPS017	1.669.729	208.800	14-11	1.669.729	3	40.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA