Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-06-01	**Hasta:**	2025-06-30	
Nombre del Contratista:	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE		**Número de Documento:**	52124756	
Correo Electrónico:	karenvp@gmail.com		**Número Telefónico:**	3115298660	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5580-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	811
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO I				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07VAN613	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	$6492480	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6492480**	**SEIS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTAPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-05-06		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-04
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-06-22	2025-09-30	1	$ 19477440	1077
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 5410400	
2		JUNIO		$ 6492480	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 12984968	**$ 32462408**	**$ 11902880**	**$ 20559528**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la planeación seguimiento y monitoreo para dar cumplimiento al objeto del convenio, de acuerdo con los términos y condiciones pactadas, las cuales solamente podrán ser modificadas previo cumplimiento del trámite establecido para tal fin por el Comité Técnico y con fundamento en los respectivos soportes.	-Se asistió a la reunión mensual del comité técnico con la presentación del informe técnico. Asimismo, se cumplieron las reuniones de acompañamiento programadas por la SED.	-Actas - Listado de Asistencia
2	Presentar mensualmente a la Secretaría de Educación del Distrito o Supervisión delegada los informes financieros, contables y de gestión, conforme a la ejecución del convenio.	-Los informes del convenio anterior, solicitados por la SED, fueron presentados y radicados, junto con el informe de nuevo convenio	-Radicados e informes elaborados y revisados
3	Presentar a corte de 25 de cada mes y entrega del día 26 o día siguiente hábil, a la Dirección de Bienestar Estudiantil, el informe de actividades pedagógicas, junto con las evidencias de implementación, y el programador mensual de las mismas.	-Para la elaboración del informe mensual, se revisó el Drive como producto. Adicionalmente, se preparó el informe técnico mensual de las actividades ejecutadas.	-Correos, soportes de radicacion
4	Validar que toda la información requerida esté disponible de manera precisa y oportuna para los Comités Técnicos (ordinarios o extraordinarios) y los procesos de supervisión del Convenio Interadministrativo que sean necesarios	-Revision y seguimiento a los instrumentos solicitados por la SED y SUBRED SUR	-Actas - Listado de Asistenciapresentación elaborada para comité técnico
5	Organizar y realizar la gestión de todas las acciones que garanticen las condiciones necesarias para llevar a cabo la plena ejecución del convenio, entre las cuales se encuentran infraestructura, recurso humano, comunicaciones, materiales e impresos, dotaciones y todos aquellos componentes que se requieran para dar cuenta del avance y cumplimiento del objeto contractual.	-Se hace seguimiento constante al proceso de contratación y se gestionan los recursos físicos para ejecutar las actividades.	-Listados, actas, correos
6	Realizar seguimiento a la Base de Datos del Talento Humano contratado por la Subred para entrar en articulación con el equipo de trabajo a su cargo.	-Se cuenta con una base el cual se realimenta según las novedades presentadas	-base de datos
7	Elaborar el Plan de Trabajo y Cronograma de actividades en articulación con la Subred.	-Se presentó y sustentó a los PBE el plan de trabajo y su cronograma, ambos sujetos a actualización según surjan novedades.	-Planes de trabajo de cada IED
8	Asistir y participar en las reuniones con las Direcciones Educativas Locales cuando sea requerido o según necesidad del coordinador. Se sugiere reunión Inter local semestral y las reuniones convocados que le aporten a la ejecución del convenio.	-Durante este periodo no se recibio invitacion por parte de las DLE invitacion a participar en reuniones locales.	-No se a dado el espacio para desempeñar esta obligacion en este periodo.
9	Brindar información a la SED, ante requerimientos extraordinarios durante la ejecución del convenio.	Diariamente se remite un informe que detalla la cantidad de TH contratado y el cubrimiento del escenario educativo.	-Reportes enviados correos electrónicos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Se atienden las diversas situaciones y novedades presentadas.	-Correos-actas

© Siasur - 2025

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	$ 5410400
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	87520795	-		
2025	**MAYO**	**2025**	**06**	**24**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**CINCO MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS PESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2164160	$ 346266	**$ 519600**
Salud		ALIANSALUD		$ 270520	**$ 406000**
ARL	3	SURA		$ 52719	**$ 79200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 628083**	**$ 1004800**

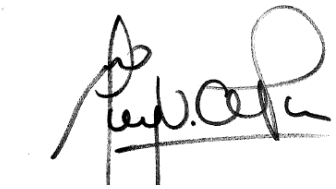
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	66938689785

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	2025-06-24 10:28:49
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	2025-06-24 10:40:08
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-06-27 15:19:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-06-28 13:08:41

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52124756	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	CR 39 B # 4 -- 45 BL 8 INT 10	6015721627	karenvp@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	88150299	$1.063.500	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	420.700	0		0		0	3	800	0	421.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	538.400	0	0	0	0	3	1.100	0	539.500	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	82.000				82.000	3	200	82.200			820	82.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.200	3	100	20.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	420.700	421.500
Pensión	1	538.400	539.500
Riesgos Laborales	1	82.000	82.200
CCF	1	20.200	20.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.061.300	1.063.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52124756	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	CR 39 B # 4 -- 45 BL 8 INT 10	6015721627	karenvp@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	14/07/2025	88150299	$1.063.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52124756	VARGAS PIRATEQUE KAREN LORENA	59	0			N							X										25-14	3.364.972	538.400	0	0	0	0	EPS001	3.364.972	420.700	14-11	3.364.972	3	82.000	CCF24	3.364.972	20.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información