

**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>	2025-07-01	<b>Hasta:</b>	2025-07-31	
<b>Nombre del Contratista:</b>	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		<b>Número de Documento:</b>	63547373	
<b>Correo Electrónico:</b>	carogamgra@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3008908864	
<b>Nombre del Supervisor:</b>	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	<b>Cargo:</b>	ENFERMERO	<b>Código - Grado:</b>	243-20

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	5547-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	710
<b>Perfil:</b>	TECNOLOGO PIC				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	SALUD PÚBLICA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	14666	\$2698544	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2698544</b>	<b>DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-05-02			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-07-23
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-07-20	2025-08-31	1	\$ 3328243	1197
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	MAYO			\$ 2698544	
2	JUNIO			\$ 2698544	

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

\$ 7465933		\$ 10794176		\$ 5397088		\$ 5397088		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)			ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN			PRODUCTO O EVIDENCIA		
1	realizar ingreso, actualización y ajuste en aplicativo de talento humano de la sds.		-En el periodo certificado se realizó actualización de fechas e ingreso de documentos, cargue de horas del mes en curso, cargue de documentos fechas de inicio secop, en el aplicativo de talento humano en los días estipulados			-Descargue de base de aplicativo de talento humano		
2	realizar el seguimiento a la oportuna respuesta de las solicitudes, derechos de petición, quejas y demás requerimientos que se remitan a la subred por los diferentes medios de radicación.		-En el periodo certificado se da respuesta oportuna a solicitudes de 16 entradas y se reportan oficios de 7 salidas en el aplicativo Agilsalud			-Aplicativo Agilsalud - drive base agilsalud		
3	suministrar a los equipos operativos los insumos requeridos para el desarrollo de las actividades del componente, en caso que se requiera, insumos de oficina.		-En el periodo certificado se solicita relación de insumos requeridos en el mes por correo electrónico, por otro lado si el talento humano lo requiere se entregan los insumos solicitados en mes.			-Formato de entrega de insumos - drive base de insumos		
4	presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades.		-El periodo certificado se realiza entrega de los productos asignados como actas de inducción para talento humano nuevo y documento solicitado solo a las mujeres con los respectivos soportes de la actividad.			-Correo electrónico - drive		
5	cumplir con la recepción, entrega y actualización del cronograma de actividades de los productos de cada uno de los subsistemas de vigilancia en salud pública.		-En el periodo certificado se realiza entrega de proyección del cronograma del mes de abril y ejecución del cronograma de marzo, se realiza revisión de manera diaria en el drive compartido, se realiza ajuste para actualización los domingos en el cronograma para sds			-Correo electrónico - drive		
6	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.		-En el periodo certificado se realiza revisión del estado actual de repositorio físico y digital con el ingeniero de sistemas de Gestión de la información, recepción de la gestión documental de cada subsistema mes vencido.			-Actas de entrega de gestión documental y generación de acta repositorio		
7	realizar proceso de inducción al talento humano frente a las actividades administrativas del componente.		-En el periodo certificado se realiza inducción administrativa del mes en curso a 5 personas que ingresan al componente VSP, en donde se aplica encuesta de satisfacción, lista de chequeo de inducción y se realiza acta de inducción y cargue en aplicativo almera .			-Registro base de talento humano – acta de inducción		
8	realizar la programación, seguimiento y actualización de vehículos requeridos en los subsistemas.		-En el periodo certificado se realiza asignación de 12 vehículos en donde se realiza distribución a los 10 subsistemas de VSP			-Correo electrónico - drive		
9	las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institución y del pic.		-En el periodo certificado no se realiza la actividad			-No aplica		
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.		-En el periodo certificado se realiza actualización de matriz de datos de hombre y mujeres del componente VSP, entrega de permisos y control de jornada laboral de planta, recepción de insumos PIC, validación de planillas de pago de todo el talento humano de VSP.			-Generación de acta		

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	\$ 2698544
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	JUNIO	2025	07	14	87910050	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4522009527	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		2025-07-25 11:22:39		
RECHAZADO SUPERVISOR				NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO		2025-07-28 09:07:03		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		2025-07-28 10:31:47		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		2025-07-28 10:33:31		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO		2025-07-28 10:34:56		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-07-28 18:39:36		

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.



**NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO**  
 Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)  
 Teléfono 7300000 Ext 26017  
 © Siasur - 2025

**ENFERMERO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63547373	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		avenida caracas 49-55 apto 802	3008908864	carogamgra@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	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	87910050	\$469.000	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>469.000</b>	<b>469.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63547373	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS		avenida caracas 49-55 apto 802	3008908864	carogamgra@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	87910050	\$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	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	63547373	GAMARRA GRANADOS INGRID CAROLINA	59	0	N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0	

# PAGADA



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

### Datos guardados

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?  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 63547373 CTO 5547-2025.pdf	ARL SURA 63547373 CTO 5547-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MAYO2025CTO5547-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO2025CTO5547-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JUNIO2025CTO5547-2025.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO2025CTO5547-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

### Presentación de hoja de vida

Una vez actualizada su hoja de vida, usted seleccionará la entidad a la cual va a presentar, el tipo de vinculación que tiene o tendrá y el causal de la presentación: Actualización de datos o nueva vinculación, con lo cual se autoriza a la entidad a verificar los datos aquí consignados.

+ Agregar entidad

#### Lista Entidades

Id presentación	Nombre entidad	Fecha presentación	Presentar como	Motivo de presentación	Estado	Observaciones	Volver a presentar	Editar presentación	Ver hoja de vida validada
1576894	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	09/07/2025	Contratista	Actualización de datos	Con observaciones				

**El futuro es de todos**

Gobierno de Colombia

**FORMULARIO ÚNICO**

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Última Actualización: 09-jul-2025

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

**YO, INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS**  
**IDENTIFICADO CON C.C.  C.E.  T.I.  No. 63547373** **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**  
**País Colombia** **Departamento Bogotá D.C.** **Municipio Bogotá D.C.**  
**Dirección AK caracas4955** **Teléfonos 3008908864 3008908864**



## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

Nombre:	INGRID CAROLINA GAMARRA GRANADOS
Identificación:	63547373
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	carogamgra@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	09/07/25



## Declaración de Ley 2013 de 2019

[Ver aceptación de la política de seguridad de datos](#)
[Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019](#)

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

### Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Formulario 2.828.773 finalizado

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación ▼	Estado
 	2828773-01	SUBRED	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2025-07-25 10:47	2025-07-25 10:58	FINALIZADO
	Declaración inicial	INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR					