

**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>	2025-08-01	<b>Hasta:</b>	2025-08-31	
<b>Nombre del Contratista:</b>	CAROLINA ALBA HERRERA		<b>Número de Documento:</b>	52797814	
<b>Correo Electrónico:</b>	caroalba16@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3226855171	
<b>Nombre del Supervisor:</b>	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	<b>Código - Grado:</b>	

**DATOS DEL CONTRATO**

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

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

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

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	
5		JULIO		\$ 4056200	
6		AGOSTO		\$ 4056200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 9464467		\$ 36235394		\$ 21227447	\$ 15007947
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Apoyar el proceso de socialización, inscripción y convocatoria del proyecto	-Coloque volantes informativos con información para el proceso de inscripción del CI 1692/2024. Localidad Ciudad Bolívar, en los diferentes espacios de la Localidad en zona rural. Colegios, despachos parroquiales, CDC y USS entre otros		- Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de agosto 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co	
2	Apoyar y participar y contribuir al desarrollo de las diferentes etapas del proyecto, y en especial aquellas que requieren orientación técnica específica.	- Asistí y participe en reuniones de equipo de ejecución CI 1692/2024. Localidad Ciudad Bolívar.		- Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de agosto 2025 correo referencia 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 7 periodo CI 1692/2024. Localidad Ciudad Bolívar		-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de agosto 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co	
4	Apoyar con la solicitud de insumos de acuerdo con las actividades a desarrollar.	- No se 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.	- Realice seguimiento a usuarios de vigencia anterior que fueron beneficiados con DAPS, con acompañamiento de la veeduría CI 1692/2024. Localidad Ciudad Bolívar		- Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de Agosto 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co	

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
6	Apoyar en la articulación sectorial e intersectorial que facilite la ejecución de las acciones y cumplimiento de los productos.	- Revise carpetas de usuarios vigencia actual para identificación de casos donde se requiere realizar visita de verificación de condiciones y de actualizaciones de historias clínicas CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar	--Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de agosto 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co
7	Apoyo a la presentación pública inicial y final.	- No se 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 Localidad Ciudad Bolívar	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de agosto 2025 correo referencia 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)	- Asisti a reuniones de equipo ejecutor CI 1692/2024 - Realice visitas domiciliarias de vulnerabilidad y prescripción urbanas CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar Realice seguimientos vigencia anterior (2023) urbanas y de zona rural . CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de agosto 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co
10	Apoyo operativo al proceso de solicitud y compra de insumos requeridos para el desarrollo de las categorías	-No se 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.	- Realice los cursos de Inducción y reinducción - Realice curso de política de integridad	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de agosto 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co
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 se 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.	-Elabore fichas técnicas para entrega y entrenamiento de DAPS CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de agosto 2025 correo referencia 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	JULIO	2025	08	14	89006711	-			
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	\$ 268800
Salud						FAMISANAR		\$ 202810	\$ 210000
ARL					1	SURA		\$ 8469	\$ 41000
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	<b>\$ 470876</b>	<b>\$ 519800</b>

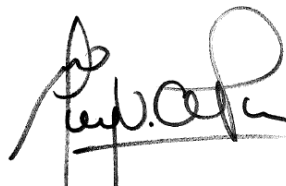
INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	451870102501

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAROLINA ALBA HERRERA	2025-08-26 14:48:18
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-08-28 11:47:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-28 14:37:39

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	
2025-08	2025-08	I	16/09/2025	89007047	\$521.100	

## 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	1.800	0	210.600	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
<b>SENA</b>				
0	13	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	13	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	208.800	210.600
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
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>516.700</b>	<b>521.100</b>

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	
2025-08	2025-08	I	16/09/2025	89007047	\$521.100		

**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	TPP	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