

**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>	EDISON ARVEY TIQUE		<b>Número de Documento:</b>	80832210
<b>Correo Electrónico:</b>	edinsont829@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3046375901
<b>Nombre del Supervisor:</b>	FREDY ORLANDO CORREDOR CAMARGO	<b>Cargo:</b>	JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL (E)	<b>Código Grado:</b> - 115-06

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2318-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	25
<b>Perfil:</b>	TECNICO ADMINISTRATIVO II				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL				
<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>
T08SA	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	ADMINISTRATIVA	\$2357300	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2357300	<b>DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS</b>		

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>		2025-01-13		<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>		2025-08-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>	
1	2025-08-20	2025-12-31	1	\$ 9429200	1430	
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1		ENERO			\$ 2357300	
2		FEBRERO			\$ 2357300	
3		MARZO			\$ 2357300	
4		ABRIL			\$ 2357300	
5		MAYO			\$ 2357300	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
6	JUNIO	\$ 2357300	
7	JULIO	\$ 2357300	
8	AGOSTO	\$ 2357300	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 18858400	\$ 28287600	\$ 18858400	\$ 9429200
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1.Realizar el reporte oportuno de información de estadística asistencial.	-Se realizo reporte con analisis y verificacion del 100% de las bases (Pacientes en Observación y Hospitalizados en Observación, Pacientes con Egreso y Hospitalizados en el periodo, Consultas Urgencias y atenciones triage, Interconsultas, Citas Consulta Externa "Programación, Asignación, Cancelación, Inasistencia, Oportunidad, Recurso Humano y Rendimiento", Enfermería, Procedimientos Quirúrgicos no Cruentos, Mano de Obra e Infraestructura de Capacidad Instalada), procesamiento y consolidación de base para la realización de Resolución 256, Reingreso por Urgencias, Reingreso por Hospitalización	-Actividad 1 Procesamiento de bases (Pacientes en Observación y Hospitalizados en Observación, Pacientes con Egreso y Hospitalizados en el periodo, Consultas Urgencias y atenciones triage, Interconsultas, Citas Consulta Externa "Programación, Asignación, Cancelación, Inasistencia, Oportunidad, Recurso Humano y Rendimiento", Enfermería, Procedimientos Quirúrgicos no Cruentos, Mano de Obra e Infraestructura de Capacidad Instalada), procesamiento y consolidación de base para la realización de Resolución 256, Reingreso por Urgencias, Reingreso por Hospitalización.
2	2.Realizar la entrega completa y oportuna de los medios de verificación, informes y productos necesarios	-Se realizo entrega de reporte de la información dentro de los tiempo establecidos cumpliendo satisfactoriamente con los cronogramas dispuestos según la normativa de cada reporte "CIP SDS, SIHO Producción 2193 y Calidad, Concejo, Agenda Asistencial, Convenio 802, Resolución 256 para el ministerio de salud, Resolución 1552, Reporte de producción para mercadeo, Reporte mensual Resolución 256, Capacidad Instalada, Reportes de indicadores solicitados por otros entes externos EPS'S "Capital salud, Pijaos Salud, Comparta, Famisanar, Fondo Financiero Distrital, Capresoca, Salud Total, Nueva EPS, Sanitas, entre otras", Reportes ALMERA, Reporte de indicadores internos solicitados por las áreas referentes de la SUBRED SUR E.S.E	-Actividad 2 entrega de reporte de la información de cada reporte "CIP SDS, SIHO Producción 2193 y Calidad, Concejo, Agenda Asistencial, Convenio 802, Resolución 256 para el ministerio de salud, Resolución 1552, Reporte de producción para mercadeo, Reporte mensual Resolución 256, Capacidad Instalada, Reportes de indicadores solicitados por otros entes externos como EPS'S "Capital salud, Pijaos Salud, Comparta, Famisanar, Fondo Financiero Distrital, Capresoca, Salud Total, Nueva EPS, Sanitas, entre otras", Reportes ALMERA, Reporte de indicadores internos solicitados por las áreas referentes de la SUBRED SUR E.S.E.
3	3.Apoyar y gestionar la entrega de la información periódica.	-Se genera autocontrol a través de acompañamiento a la información por medio validaciones por correo, se presentan reportes y con ello las alertas registradas para el cumplimiento de los procesos de calidad y gestión de la información. se valida el 100% de la información con los diferentes entes	-Actividad 3 Respuestas a Correos y otros medios para validación de producción asistencial "Interconsultas, Consulta Externa, Enfermería Consultas y Actividades, Procedimientos no Quirúrgicos, Consultas y atenciones triage con oportunidad, Hospitalización
4	4.Apoyar y analizar la información necesaria para el mejoramiento de los registros realizados en el Sistema de Información DGH mediante revisión de inconsistencias	-Se realizo solicitud a sistemas por medio de mesas de ayuda verificación y análisis en los reportes e informes a través de herramientas técnicas y presentación de las mismas para el alcance de los objetivos y metas para el desarrollo de la gestión en del proceso de la información, se cumplió con el 100% de los objetivos propuestos	-Actividad 4 Se realizan solicitudes de mesas de ayuda para complemento de reportes plataforma DGH

<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>
5	5.Realizar la entrega oportuna y completa la información generada por la Subred a las entidades públicas y entes de control.	-Se realizo validación y entrega con respecto a los cronogramas establecidos por lo entes externos a la subred	-Actividad 5 Envío Validador CIP SDS, , Correos y Formatos Físicos para la oportuna validación de acuerdo a cronograma de SDS
6	6.Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes a la naturaleza del objeto contractual	-Se realizo tareas con respecto al objeto natural del contrato bajo solicitud y consentimiento del supervisor	- Actividad 6 respuesta de correos y Tareas asignadas por el supervisor

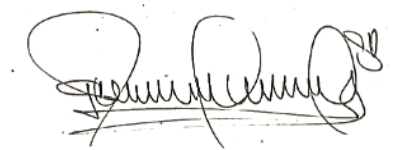
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 2357300
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	JULIO	2025	08	26	89279886	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS			
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social			Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado		NO			COLFONDOS	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 230900
Salud					SÁNITAS		\$ 177938	\$ 180400
ARL		1			SEGUROS BOLIVAR		\$ 7431	\$ 7600
Caja de Compensación		NO				<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 418900</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870252162

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EDISON ARVEY TIQUE	2025-08-27 11:16:35
ACEPTADO SUPERVISIÓN	FREDY ORLANDO CORREDOR CAMARGO	2025-08-30 11:42:30
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-08-30 20:39:56

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.



**FREDY ORLANDO CORREDOR CAMARGO**  
**JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**  
**(E)**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80832210	EDISON ARVEY TIQUE		CALLE 60A SUR #73-71	7747477	edinsont829@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	26/08/2025	89279886	\$418.900	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	21	2.400	0	180.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	21	3.100	0	230.900	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	7.500				7.500	21	100	7.600			75	7.600	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	21	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	21	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	178.000	180.400
Pensión	1	227.800	230.900
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
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>413.300</b>	<b>418.900</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80832210	EDISON ARVEY TIQUE	CALLE 60A SUR #73-71	7747477	edinson829@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				
2025-07	2025-07	\$418.900				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	80832210	TIQUE EDISON ARVEY	59	0		N																		231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA