

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																	
Identificación		dv	Razon Social				Clase Aportante				Sucursal Principal			Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF														
CC 1026569384			CASTRO GAITAN INGRID NATALY				INDEPENDIENTE				PRINCIPAL			Calle 41 bis sur #13C 49 este		BOGOTA-BOGOTA D.E.		6179572	No														
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																	
Periodo		Clave				Tipo		Fecha				Pago																					
Pensión		Salud		Pago		Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco			Días Mora		Valor														
2025-08		2025-08		1799181457		9490650177		I		2025/09/18		2025/09/24		NEQUI			6		\$442,300														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																	
EMPLEADO				NOVEDADES								PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES													
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	tdc	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																	
1	CC	1026569384	CASTRO INGRID																			230201	30	EPS037	30		0	14-11	30	2.436%	0	No	
Total Afiliados(1)																																	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1026569384		CASTRO GAITAN INGRID NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 41 bis sur #13C 49 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6179572	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1799181457	9490650177	I	2025/09/18	2025/09/24	NEQUI	6	\$442,300
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
TOTAL				1	\$440,500	\$1,800	\$0	\$442,300	

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-08-01	Hasta:	2025-08-31	
Nombre del Contratista:	INGRID NATALY CASTRO GAITAN		Número de Documento:	1026569384	
Correo Electrónico:	natalygaitan250@gmail.com		Número Telefónico:	3195380149	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	6158-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1158
Perfil:	TECNOLOGO 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
V01VAN154	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	\$3372887	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3372887	TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-07-17		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-02
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-07-25	2025-08-31	1	\$ 3148040	1273
2	2025-08-21	2025-09-30	2	\$ 3372887	1341
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		JULIO		\$ 1574013	
2		AGOSTO		\$ 3372887	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 2585880		\$ 9106807	\$ 4946900	\$ 4159907
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Apoyar y realizar a la convocatoria y proceso de inscripción.	-Se apoya el grupo con los procesos de inscripción , se adjuntan evidencias y registro fotografico	--Se encuentra en Drive, correo Fondo de Desarrollo Local proyectosfdl@subredsur.gov.co	
2	Apoyar y realizar la recepción de documentos y consolidar las bases de datos.	-se realizan bases de datos y cabezotes para cada componente	--Se encuentra en Drive, correo Fondo de Desarrollo Local proyectosfdl@subredsur.gov.co	
3	Apoyar el acompañamiento en el desarrollo de todas las categorías de los componentes.	-se realiza acompañamiento en todas las reuniones , comites y/o inscripciones	--Se encuentra en Drive, correo Fondo de Desarrollo Local proyectosfdl@subredsur.gov.co	
4	Prestar ayuda a todos los requerimientos administrativos y de apoyo para el buen desarrollo de las actividades del componente.	-se realiza acompañamiento en todas las reuniones , comites y/o inscripciones	--Se encuentra en Drive, correo Fondo de Desarrollo Local proyectosfdl@subredsur.gov.co	
5	Dar respuesta a las necesidades y peticiones tanto del Equipo Operativo como de los beneficiarios.	-brindar apoyo y resolver dudas del equipo o los ciudadanos	--Se encuentra en Drive, correo Fondo de Desarrollo Local proyectosfdl@subredsur.gov.co	
6	Apoyar la organización de salones, material de apoyo y demás que se requieran para la plena realización de cada categoría.	-No se ejecuto durante el periodo reportado	-No se ejecuto durante el periodo reportado	
7	Realizar el acompañamiento y apoyo al proceso de solicitud y compra de insumos requeridos para el desarrollo de las categorías del componente.	-No se ejecuto durante el periodo reportado	-No se ejecuto durante el periodo reportado	
8	Apoyar en el levantamiento de actas, listados de asistencia y registro fotográfico de las reuniones tanto del comité técnico como del equipo operativo del proyecto.	-Se apoya el grupo con los procesos de inscripción , se adjuntan evidencias y registro fotografico	-Se encuentra en Drive, correo Fondo de Desarrollo Local proyectosfdl@subredsur.gov.co	
9	Brindar asistencia operativa y técnica en el desarrollo de talleres del componente.	--No se ejecuto durante el periodo reportado	--No se ejecuto durante el periodo reportado	
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-apoyo a los facilitadores a la cordinadora y realizacion de cursos para fortalecer el conocimiento por parte de la subred	--Se encuentra en Drive, correo Fondo de Desarrollo Local proyectosfdl@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	\$ 1574013	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9490916066	-			
2025	JULIO	2025	08	27					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRECEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 113900
Salud						NUEVA EPS		\$ 177938	\$ 89900
ARL					1	SURA		\$ 7431	\$ 17400
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 413129	\$ 221200

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0570001070088396

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID NATALY CASTRO GAITAN	2025-08-27 09:52:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-08-28 16:01:12
RECHAZADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-29 11:26:50
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID NATALY CASTRO GAITAN	2025-08-29 12:45:44
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-08-29 12:46:31
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-08-29 12:46:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-29 15:43:58

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
 Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
 Teléfono 7300000 Ext 26017
 © Siasur - 2025

