

**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>                      | 2025-09-01    | <b>Hasta:</b>                        | 2025-09-30                    |
| <b>Nombre del Contratista:</b> | ZAIRY JAHAIRA OLAYA JAIME          |               | <b>Número de Documento:</b>          | 1026271701                    |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | zolaya90@gmail.com                 |               | <b>Número Telefónico:</b>            | 3502674144                    |
| <b>Nombre del Supervisor:</b>  | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | <b>Cargo:</b> | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | <b>Código Grado:</b> - 242-25 |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |  |                      |      |                              |   |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|---|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 1560-2025                                | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 1 |
| <b>Perfil:</b>                       | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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 |
|-------------------------------------|--|---|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| K33PI                               | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA   | 184          | 0                        | 28038      | \$5158992 | 103.2%                         |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | <b>\$ 5158992</b>                        | <b>CINCO MILLONES CIENTOCINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS</b> |              |                          |            |           |                                |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|  |                            |                          |                    |  |            |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b>        | 2025-01-02                 |                          |                    | <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  | 2025-04-21                 |                          | 1                  | \$ 2344349                                       | 711        |
| 2  | 2025-07-20                 | 2025-08-31               | 2                  | \$ 7526488                                       | 1197       |
| 3  | 2025-08-29                 | 2025-09-30               | 3                  | \$ 5158992                                       | 1483       |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> |                          |                    | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | ENERO                      |                          |                    | \$ 4997624                                       |            |

| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>                     |  |  |  |                           |
|--|--|--|--|---------------------------|
| 2  | FEBRERO  | \$ 4997624   |  |                           |
| 3  | MARZO  | \$ 5486522   |  |                           |
| 4  | ABRIL  | \$ 6448740   |  |                           |
| 5  | MAYO   | \$ 5719752   |  |                           |
| 6  | JUNIO  | \$ 5719752   |  |                           |
| 7  | JULIO  | \$ 5158992   |  |                           |
| 8  | AGOSTO   | \$ 5158992   |  |                           |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                              |  | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>  | <b>PAGOS REALIZADOS</b>                        | <b>SALDO DEL CONTRATO</b> |
| \$ 33817161  |  | \$ 48846990  | \$ 43687998                                    | \$ 5158992                |
| <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>                    |                           |
| 1  | 1. retomar bases de datos de los abordajes de vigencias pasadas, realizados por la subred sur, en el componente familiar; así como la información del sistema de alertas de la secretaria de educación distrital; bases de datos de abordaje desde gestión del riesgo; plan ampliado de inmunizaciones; subsistemas de vigilancia epidemiológica; unidades de trabajo informal, entre otras fuentes, que pueda dar información de la caracterización general de las familias con unidad de trabajo informal del territorio, dada la identificación y caracterización previa. | -Se retomó las bases de datos de los abordajes de vigencias pasadas, realizadas por la Subred Sur, en el componente familiar; así como la información del sistema de alertas de la Secretaría de Educación Distrital; bases de datos de abordaje desde la gestión del riesgo; Plan Ampliado de Inmunizaciones; Subsistemas de vigilancia epidemiológica; unidades de trabajo informal, entre otras fuentes, que pueda dar información de la caracterización general de las familias del territorio, dada la identificación y caracterización previa. | -48 implementaciones en las viviendas de uti's |                           |
| 2  | 2. priorizar el abordaje a las familias de vivienda de uso compartido con mayor riesgo y vulnerabilidad.   | -Se priorizaron familias con diagnóstico de hipertensión y diabetes, riesgo de desarrollar condición crónica, necesidad de mejorar las pautas de salud mental y fortalecer la salud integral.  | -48 implementaciones en las viviendas de uti's |                           |
| 3  | 3. revisar los hallazgos de las bases de datos, con el fin de organizar la respuesta y derivar las acciones correspondientes a los demás integrantes del equipo interdisciplinario o a las intervenciones individuales a través de las unidades de servicios de salud en la ruralidad.   | -Se derivaron acciones para caracterizar las familias priorizadas  | -48 implementaciones en las viviendas de uti's |                           |
| 4  | 4. realizar el acercamiento a la vivienda y actualización a la caracterización social y ambiental de la familia, con el fin de ampliar la información de las características de la familia y del entorno de la vivienda de uso compartido, así como factores de riesgo para la salud y momentos significativos en el curso de la vida.   | -Se realizó el acercamiento a la vivienda y actualización a la caracterización social y ambiental de la familia, con el fin de ampliar la información de las características de la familia y del entorno de la vivienda, así como factores de riesgo para la salud y momentos significativos en el curso de la vida  | -48 implementaciones en las viviendas de uti's |                           |

| <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. identificar riesgos de las condiciones de salud del trabajador y condiciones de trabajo con elaboración de manera concertada el Cronograma entre el dueño de la uti o trabajador y el representante del equipo del espacio.  | -Se identificaron los riesgos de salud del trabajador y condiciones de trabajo con elaboración de manera concertada el plan de trabajo entre el dueño de la UTI o trabajador y el representante del equipo del espacio.  | -48 implementaciones en las viviendas de utí's          |
| 6  | 6. asistir y participar acivamente en los espacios convocados por parte de la subred (reunion de equipo, ulc, etc.) y los espacios convocados por la secretaria distrital de salud  | -Se asistirá a la mesa técnica de ruralidad, donde se articulan acciones del PSPIC y de la Gestión de la Salud Pública, con participación activa del equipo integral de ruralidad; se realizó un plan de acción de la mesa con seguimiento de acciones y compromisos | -48 implementaciones en las viviendas de utí's          |
| 7  | 7. realizar la canalizacion sectorial a traves de las unidades de atencion de la localidad y otras eapb en formato establecido por la sds; asimismo, realizar el seguimiento a la efectividad de las canalizaciones.  | -Se realizaron las canalizaciones correspondientes   | -Formato digital de las canalizaciones correspondientes |
| 8  | 8.. realizar la canalizacion intersectorial segun las necesidades identificadas en el trabajo desarrollado por el equipo integral de ruralidad, en los diferentes contextos en que se desenvuelve la poblacion, presentando informe mensual de seguimiento a la efectividad de las canalizaciones, con analisis de respuesta de la localidad. | -Se realizaron las canalizaciones correspondientes   | -Formato digital de las canalizaciones correspondientes |
| 9  | 9. realizar la canalizacion sectorial a traves de las unidades de atencion de la localidad y otras eapb en formato establecido por la sds; asimismo, realizar el seguimiento a la efectividad de las canalizaciones.  | -Se realizaron las canalizaciones correspondientes   | -Formato digital de las canalizaciones correspondientes |
| 10   | 10, organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.  | -Se realizó la entrega de archivo correspondiente  | -Entrega de carpetas con soportes correspondientes      |
| 11   | 11.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales   | -Se realizaron las demás actividades que solicitaron según su correspondencia  | -Formatos y listados de asistencia                      |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |                       |               |                |   |  |                             |  |                  |
|---|-----------------------|---------------|----------------|---|--|-----------------------------|--|------------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |                       | Fecha de Pago |                |   | Número de Planilla   | Factura Electrónica         | Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior |                  |
| AÑO   | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA                                     |  |                             |  |                  |
| 2025  | AGOSTO                | 2025          | 09             | 12                                      | 89797624   | -                           | \$ 5158992                                       |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |                |   | CINCO MILLONES CIENTOCINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS |                             |  |                  |
| Item  |                       |               |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización   | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado                                   |                  |
| Pensionado  |                       |               |                | NO                                      | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES                      | \$ 2063597                  | \$ 330176  | \$ 332400        |
| Salud   |                       |               |                |   | COMPENSAR  |                             | \$ 257950  | \$ 259700        |
| ARL   |                       |               |                | 3                                       | SURA   |                             | \$ 50269   | \$ 50700         |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |                | NO                                      |  | <b>Total</b>                | <b>\$ 598898</b>                                 | <b>\$ 642800</b> |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |                |   |  |                             |  |                  |
| Entidad Bancaria  | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS                                 | Número de Cuenta   | 0550480700073855            |  |                  |
| HISTÓRICO   |                       |               |                |   |  |                             |  |                  |
| OBSERVACIÓN   |                       |               |                | USUARIO                                 |  | FECHA                       |  |                  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |                | ZAIKY JAHAIRA OLAYA JAIME               |  | 2025-09-22 18:24:04         |  |                  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |                | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA      |  | 2025-09-24 18:41:54         |  |                  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO               |  | 2025-09-25 14:14:26         |  |                  |

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.



**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |   |                    |                    |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|---|--------------------|--------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN                               | TELÉFONO           | CORREO             |
| CC                  | 1026271701        | ZAIRY JAHAIRA OLAYA JAIME |        | DIAG 15B NRO. 104-46 BLOQUE 10 CASA 137 | 4619115            | ZOLAYA90@GMAIL.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             | 12/09/2025               | 89797624        | \$642.800     |     |

## 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 | 258.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 10        | 1.700                 | 0              | 259.700       | 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 | 330.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 10        | 2.100                 | 0              | 332.400       | 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 | 50.300                 |                  |       |                        | 50.300                | 10        | 400                   | 50.700              |                            |                     | 503               | 50.700        | 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            | 10        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 10        | 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                              | 258.000                             | 259.700        |
| Pensión             | 1                              | 330.300                             | 332.400        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 50.300                              | 50.700         |
| 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>638.600</b>                      | <b>642.800</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |   |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|---|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                               | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1026271701        | ZAIROY JAHAIRA OLAYA JAIME |        | DIAG 15B NRO. 104-46 BLOQUE 10 CASA 137 | 4619115            | ZOLAYA90@GMAIL.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  |               |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS  | UPC           |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0             |  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 |           | TOTAL A PAGAR |  |
| 2025-08              | 2025-08                           | I             | 12/09/2025               | 89797624        | \$642.800 |               |  |

**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 | TDP | TAP | VBP | VBT | 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   | 1026271701            | OLAYA JAIME ZAIROY JAHAIRA | 59                    | 0       |           |                | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |       |     |     |                   | 25-14    | 2.064.000 | 330.300    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 2.064.000 | 258.000                | 14-11    | 2.064.000 | 3               | 50.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA



¡Vaya! La imagen que seleccionaste no se pudo cargar.

PSE - Transacción Aprobada  CUS 1770471016

Recibidos x



serviciopse@achcolombia.com.co  
para mí

jue, 11 sept, 7:02p.m. (hace 11 días)



¡Hola, Zairy Olaya !

Estado de la Transacción: **Aprobada**

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 642.800

**Empresa:** COMPENSAR-OI

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha de la transacción:** 11/09/2025

**CUS:** 1770471016

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.  
certifica que:

**ZAIRY JAHAIRA OLAYA JAIME**

**1026271701**

Cumplió satisfactoriamente con la:  
**INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025**

Para constancia se expide:

**19 de agosto de 2025**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.  
certifica que:

**ZAIRY JAHAIRA OLAYA JAIME**

**1026271701**

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

**POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN**

con una intensidad de **2 horas**

Para constancia se expide:

**22 de agosto de 2025**