

**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>	WENDY CATHERINE GOMEZ ALBARRACIN		<b>Número de Documento:</b>	1026573253
<b>Correo Electrónico:</b>	KTHGOMEZPSI@GMAIL.COM		<b>Número Telefónico:</b>	3118784747
<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>	8612-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	2882
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV-EBE				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS SANTA MARTA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	179	0	29331	\$5250249	100.4%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 5250249</b>	<b>CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-12-10			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-01-15
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-12-31	2025-02-28	1	\$ 10456352	51
2	2025-01-16	2025-02-28	2	\$ 10456352	51
3	2025-02-25	2025-04-09	3	\$ 6796629	402
4	2025-04-08	2025-05-31	4	\$ 9470150	680
5	2025-05-24	2025-06-30	5	\$ 5396904	892

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>					
6	2025-06-20	2025-07-31	6	\$ 5396904	1066
7	2025-07-25	2025-08-31	7	\$ 5396904	1267
8	2025-08-27	2025-09-30	8	\$ 5396904	1472
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>	
1		DICIEMBRE		\$ 3580164	
2		ENERO		\$ 5228176	
3		FEBRERO		\$ 5228176	
4		MARZO		\$ 5228176	
5		ABRIL		\$ 5895531	
6		MAYO		\$ 5396904	
7		JUNIO		\$ 5396904	
8		JULIO		\$ 5396904	
9		AGOSTO		\$ 5396904	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>	
<b>\$ 3833996</b>		<b>\$ 62601095</b>		<b>\$ 46747839</b>	
				<b>\$ 15853256</b>	
<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. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	Realiza lectura y apropiación conceptual de lineamientos (documento operativo, fichas técnicas, lineamiento GESI, caja de herramientas) entregadas por l Secretaria Distrital de salud		-Acta de apropiación conceptual	
2	2. Realizar visita domiciliaria familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	Se realizan 9 caracterizaciones, 0 actualizaciones, 12 cierres y 43 implementaciones de plan de cuidado familiar para el periodo ejecutado, donde se realiza identificación de riesgos, gestión de alerta acorde a las necesidades identificadas y acciones promocionales con enfoque en salud mental, realizando la captura de la informacion en los formatos y sistematizacion de la informacion establecidos en los lineamientos de SDS		Formatos de plan de cuidado familiar diligenciados oportunamente con criterios de calidad y completitud.-matriz de seguimietno familiar diligenciada con criterios de calidad y oportunidad.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3. Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes	realizar gestion del riesgo acorde a la identificacion de alertas, procediendo al diligenciamiento completo y con criterios de calidad y al envío oportuno de los formatos de canalizacion de rutas, fichas de notificacion de eventos de interes en salud publica dispuestas desde el SIVIGILA, asignacion de citas y remision a equipos de atencion en casa acorde al riesgo identificado durante las visitas domiciliarias	Envío oportuno de formatos de canalización de rutas con criterios de calidad y completitud mediante correo electrónico a equipo de gestión táctica y soporte operativo. - Envío oportuno de fichas de notificación de eventos de interés en salud pública con criterios de calidad y completitud mediante correo electrónico a equipo de gestión táctica y soporte operativo. - Asignación de citas acorde al sistema definido por parte del equipo de gestión táctica y soporte operativo. - Remisión de casos a equipos de atención en casa acorde a los criterios establecidos desde Secretaria Distrital de Salud.
4	4. Realizar activación de ruta, derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	Se realizó identificación de riesgos y alertas en salud en todos los usuarios visitados del plan de cuidado familiar acorde al evento de interés en salud pública, utilizando tamizajes en salud mental acorde a la necesidad. Así mismo, se realizan acciones promocionales, gestión del riesgo acorde al riesgo identificado y se garantiza adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado.	Formatos de plan de cuidado familiar diligenciados oportunamente con criterios de calidad y completitud. - Matriz de seguimiento familiar diligenciada con criterios de calidad, completitud y oportunidad
5	5. Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento	Se realizó identificación de riesgos y alertas en salud en todos los usuarios visitados del plan de cuidado familiar acorde al evento de interés en salud pública, utilizando tamizajes en salud mental acorde a la necesidad. Así mismo, se realizan acciones promocionales, gestión del riesgo acorde al riesgo identificado y se garantiza adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado.	Formatos de plan de cuidado familiar diligenciados oportunamente con criterios de calidad y completitud. - Matriz de seguimiento familiar diligenciada con criterios de calidad, completitud y oportunidad
6	6. Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizando la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	Realizar el diligenciamiento oportuno con calidad y veracidad de las historias clínicas.	Registro en dinámica de historias clínicas
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	Participacion en reuniones y asistencias tecnicas programadas y convocadas por la Subred Sur, Entorno Hogar y Secretaria Distrital de Salud.	-Acta y listado de asistencia.
8	8. presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	Retroalimentación de matriz de seguimiento familiar, reportes de seguimientos diarios, diligenciamiento de formatos establecidos desde nivel central y demas informes y tableros de control solicitados y establecidos desde la Subred Sur y Secretaria Distrital de Salud.	Matriz de seguimiento familiar. - Tablero de reporte diario. - Informes de seguimiento de intervenciones acorde a necesidad."
9	9. Apoyar la formulación y ejecución las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS y recomendaciones del coordinador.	Formulación y ejecución de acciones preventivas, correctivas y/o plan de mejoramiento producto de evaluaciones y recomendaciones del equipo de seguimiento de la SDS, referente y líder acorde a necesidad	Acta y listado de asistencia de seguimiento a la ejecución de actividades contractuales acorde a necesidad. - Formulación y seguimiento de acciones preventivas, correctivas y/o plan de mejoramiento acorde a lo establecido por la Subred Sur o SDS acorde a necesidad."

<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>
10	10. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	Diligenciamiento, organización y entrega de soportes de las intervenciones de acuerdo a los requisitos dados por gestión documental teniendo en cuenta la calidad y veracidad de estos, manteniendo su custodia hasta la entrega al archivo.	Entrega de fichas que contenga formatos de seguimiento acorde a los requisitos de gestión documental. - Actas y listados de asistencia de entrega al archivo
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad	Listados de asistencia y demás soportes que se programen.

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	\$ 5396904
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	AGOSTO	2025	08	14	89008869	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS			
Ítem				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2158762	\$ 345402	\$ 345600
Salud					SURA		\$ 269845	\$ 270000
ARL				3	SURA		\$ 52587	\$ 52700
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	<b>Total</b>	<b>\$ 626516</b>	<b>\$ 668300</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870341791

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY CATHERINE GOMEZ ALBARRACIN	2025-09-25 08:21:59
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-25 18:33:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY CATHERINE GOMEZ ALBARRACIN	2025-09-26 07:44:38
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-26 10:26:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-26 16:36:49

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026573253	WENDY CATHERINE GOMEZ ALBARRACIN		CALLE 67 A BIS No. 17 F 20 SUR	7921795	kthgomezpsi@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	14/08/2025	89008869	\$668.300	

## 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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	270.000	0		0		0	0	0	0	270.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	345.600	0	0	0	0	0	0	0	345.600	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	52.700				52.700	0	0	52.700			527	52.700	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	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	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	270.000	270.000
Pensión	1	345.600	345.600
Riesgos Laborales	1	52.700	52.700
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>668.300</b>	<b>668.300</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026573253	WENDY CATHERINE GOMEZ ALBARRACIN		CALLE 67 A BIS No. 17 F 20 SUR	7921795	kthgomezpsi@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	14/08/2025	89008869	\$668.300		

**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	ASP	ACT	RL	CD	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	1026573253	GOMEZ ALBARRACIN WENDY CATHERINE	59	0			N																	25-14	2.160.000	345.600	0	0	0	0	EPS010	2.160.000	270.000	14-11	2.160.000	3	52.700		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026573253	WENDY CATHERINE GOMEZ ALBARRACIN		CALLE 67 A BIS No. 17 F 20 SUR	7921795	kthgomezpsi@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	
2025-09	2025-09	I	18/09/2025	89825535	\$668.300	

## 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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	270.000	0		0		0	0	0	0	270.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	345.600	0	0	0	0	0	0	0	345.600	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	52.700				52.700	0	0	52.700			527	52.700	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	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	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	270.000	270.000
Pensión	1	345.600	345.600
Riesgos Laborales	1	52.700	52.700
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>668.300</b>	<b>668.300</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026573253	WENDY CATHERINE GOMEZ ALBARRACIN		CALLE 67 A BIS No. 17 F 20 SUR	7921795	kthgomezpsi@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	18/09/2025	89825535	\$668.300	

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	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1026573253	GOMEZ ALBARRACIN WENDY CATHERINE	59	0			N																	25-14	2.160.000	345.600	0	0	0	0	EPS010	2.160.000	270.000	14-11	2.160.000	3	52.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



## BANCO DAVIVIENDA S.A.

### CERTIFICA:

Que **WENDY CATHERINE GOMEZ ALBARRACIN**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1026573253** y es titular de la cuenta terminada en **\*\*1791** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
17/09/2025	\$ 668.300,00	COMPENSAR- OI	1785226830	85226830

Se expide en Bogotá, el 26-09-2025.

Atentamente,

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evalua

2 Condiciones

### VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

### Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje  Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

### Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

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"/> CUENTA DICIEMBRE CTO 8612-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 8612-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> DOC CTO-8612-2024.zip	DOC CTO-8612-2024.zip	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ENERO 2025 CTO 8612-2025.pdf (Archivado)	CUENTA ENERO 2025 CTO 8612-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ENERO 2025 CTO 8612-2024.pdf	CUENTA ENERO 2025 CTO 8612-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO 2025 CTO 8612-2024.pdf	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 8612-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

<input type="checkbox"/>	CUENTA MARZO 2025 CTO 8612-2024.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 8612-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA MARZO 2025 CTL 8612-2024.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTL 8612-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA ABRIL 2025 CTO 8612-2024 (2).pdf	CUENTA ABRIL 2025 CTO 8612-2024 (2).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA MAYO 2025 CTO 8612-2024.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 8612-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA JUNIO 2025 CTO 8612-2024.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 8612-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA JULIO 2025 CTO 8612-2024.pdf	CUENTA JULIO 2025 CTO 8612-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA AGOSTO 2025 CTO 8612-2024.pdf	CUENTA AGOSTO 2025 CTO 8612-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo



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

**WENDY CATHERINE GOMEZ ALBARRACIN**

**1026573253**

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

Para constancia se expide:

15 de septiembre de 2025

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

**UNA PERSPECTIVA PARA CRECER**

IDENTIFIQUE SU ROL

**UNA PERSPECTIVA PARA  
CRECER**

Se registró la información con éxito

Aceptar

