

**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>	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		<b>Número de Documento:</b>	1023958425
<b>Correo Electrónico:</b>	angie12vanessa@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3132085769
<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>	5443-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	680
<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	184	20	29331	\$5983524	110.9%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 5983524</b>	<b>CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTICUATROPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-04-15			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-05-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-05-24	2025-06-30	1	\$ 5037101	892
2	2025-06-20	2025-07-31	2	\$ 5396904	1066
3	2025-07-25	2025-08-31	3	\$ 5396904	1267
4	2025-08-27	2025-09-30	4	\$ 5836869	1472
5	2025-09-27		5	\$ 586620	1472

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>		
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>
1	ABRIL	\$ 2698452
2	MAYO	\$ 5396904
3	JUNIO	\$ 5396904
4	JULIO	\$ 5396904
5	AGOSTO	\$ 5836869

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
<b>\$ 8455159</b>	<b>\$ 30709557</b>	<b>\$ 24726033</b>	<b>\$ 5983524</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 Apoyar en la supervisión y validación del funcionamiento del servicio en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia en los diferentes procesos.	--Realizar supervisión y validación del funcionamiento de oportunidad accesibilidad pertinencia en los diferentes procesos	--actas de verificación
2 Articular con profesionales líderes del grupo de apoyo para validar la ejecución efectiva de las acciones	--se realiza articulación con profesionales líderes de grupos de apoyo para validar la ejecución efectiva de las acciones	-listado de asistencia de la sesión
3 Realizar Acompañamiento a comités y reuniones convocados por la Secretaría de Salud para presentar avances y cumplimiento de metas.	- Se realiza acompañamiento a comités y reuniones convocados por secretaría de salud para presentar avances y cumplimiento de metas	-Se verifica aplicativo diario bases y descargas de Excel
4 Dar Cumplimiento a las obligaciones establecidas en el clausulado, según la matriz programática de la Secretaría de Salud, realizando agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo en territorios priorizados.	-Se da cumplimiento a obligaciones establecidas en el clausulado según la matriz programática de la secretaría de salud, realizando agendamiento, abordaje de visitas	--verificación de bases según asignación
5 Entregar informes de gestión y productos conforme a los compromisos establecidos en el Convenio y gestionar reportes requeridos por la Secretaría de Salud.	- -se realiza entrega de informes de gestión y productos conforme a los compromisos establecidos por el convenio	--verificación de asistencia
6 Apoyar la Formulación de planes de trabajo y cronogramas semanales para los equipos a cargo, basados en proyecciones del grupo de Geografía.	--realizar supervisión y validación del funcionamiento del servicio en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad en diferentes procesos	--actas de verificación de soporte
7 Generar informes, indicadores y reportes de acciones según solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la Secretaría de Salud.	--se da cumplimiento a las obligaciones establecidas en el clausulado	--actas de gestion
8 Realizar seguimiento de manera semanal, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.	--apoyar la formulación de planes de trabajo y cronogramas semanales para los equipos a cargo basados en proyecciones del grupo de geografía	--listados de asistencia y drive

<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>
9	Participar en la planeación y ejecución en las actividades de fortalecimiento técnico, comité del cuidado y reunión del equipo básico extramural	- desarrollar informes, indicadores y reporte de acciones según solicitud demanda de la coordinación del convenio	--informe mensual de más dinámicas
10	Participar en la planeación y ejecución en las actividades de fortalecimiento técnico, comité del cuidado y reunión del equipo básico extramural	--realizar acompañamientos en campo para identificar inconsistencias	--lista de chequeo
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	- -realizar seguimiento de manera semanal al avance en la gestión	- -verificación de matrices

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		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	89825817	-			
2025	AGOSTO	2025	09	15					\$ 5836869
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 2334748	\$ 373560	\$ 376000
Salud						SÁNTAS		\$ 291844	\$ 293800
ARL					3	SURA		\$ 56874	\$ 57300
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	\$ 677591	\$ 727100

  

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24098515567

  

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ	2025-09-29 21:04:48
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ	2025-09-29 21:06:42
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-30 00:38:15
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-30 14:41:32

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	1023958425	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		calle 39 sur # 50 a 25	4560032	angie12vanessa@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89825817	\$727.100	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	291.900	0		0		0	10	1.900	0	293.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	373.600	0	0	0	0	10	2.400	0	376.000	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	56.900				56.900	10	400	57.300			569	57.300	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	291.900	293.800
Pensión	1	373.600	376.000
Riesgos Laborales	1	56.900	57.300
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>722.400</b>	<b>727.100</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023958425	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		calle 39 sur # 50 a 25	4560032	angie12vanessa@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-08	2025-08	\$727.100				

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CDR	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	1023958425	ROMERO GOMEZ ANGIE VANESSA	59	0			N								X									230201	2.334.748	373.600	0	0	0	0	EPS005	2.334.748	291.900	14-11	2.334.748	3	56.900		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



## ¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 13 septiembre 2025 10:45 a.m.

Dirección IP: 181.61.246.158

Número de transacción: APII5256327778331535

Número de confirmación: 0f33ad7fbd2c

Cuenta Origen: Cuentamiga \*\*\*\*\*5567

Comercio: COMPENSAR-OI

Nit del comercio: 9998600669427

Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 89825817

REFERENCIA 1:

REFERENCIA 2: CC

REFERENCIA 3: 1023958425

Código de la transacción (CUS): 1773760242

Fecha de la solicitud: 13 septiembre 2025

Ciclo de la transacción: 1

Valor: \$ 727.100,00

Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del impuesto: \$ 0,00



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contr...](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

**Ejecución del Contrato**

Porcentaje  Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

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

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"/> ARL SURA1023958425 CTO 5443-2025.pdf	ARL SURA1023958425 CTO 5443-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTAABRIL 2025 CTO 5443-2025.pdf	CUENTAABRIL 2025 CTO 5443-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTAMAYO 2025 CTO 5443-2025.pdf	CUENTAMAYO 2025 CTO 5443-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA JUNIO 2025 CTO 5443-2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 5443-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA JULIO 2025 CTO 5443-2025.pdf	CUENTA JULIO 2025 CTO 5443-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA AGOSTO 2025 CTO 5443-2025.pdf	CUENTA AGOSTO 2025 CTO 5443-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



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

**ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ**

**1023958425**

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

Para constancia se expide:

29 de septiembre de 2025

Tipo De Vinculación



## ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD

Se registró la información con éxito

Aceptar

gun

Ni

gun

Un



gunta requerida

Antigüedad



e.almeraim.com

