

**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>	KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES		<b>Número de Documento:</b>	1032498958
<b>Correo Electrónico:</b>	karentsilva98@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3203956885
<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>	5740-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	680
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4-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>	2025-05-12			<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	\$ 7195868	892
2	2025-06-20	2025-07-31	2	\$ 3607713	1066
3	2025-07-25	2025-08-31	3	\$ 5396904	1267
4	2025-08-27	2025-09-30	4	\$ 5807538	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	MAYO	\$ 3607713	
2	JUNIO	\$ 5396904	
3	JULIO	\$ 5396904	
4	AGOSTO	\$ 5807538	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 3597940	\$ 26192583	\$ 20209059	\$ 5983524
<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.	-Seguimiento de los productos y cumplimiento de las actividades, en campo y en el aplicativo, realizando verificación en bases de datos	-Actas de seguimiento y precriticas
2	Articular con profesionales líderes del grupo de apoyo para validar la ejecución efectiva de las acciones.	-Articulación con los diferentes componentes y as mismo con los espacios de salud publica para el desarrollo de los productos	-listado de asistencia
3	Realizar Acompañamiento a comités y reuniones convocados por la Secretaría de Salud para presentar avances y cumplimiento de metas.	-Asistencia a comités y convocatorias por sds	-listado de asistencia
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.	-Seguimiento de los productos y verificación con las prescriticas, revisando el cumplimiento de las actividades, en campo y en el aplicativo, realizando verificación en bases de datos	-Actas de seguimiento
5	Entregar informes de gestión y productos conforme a los compromisos establecidos en el Convenio y gestionar reportes requeridos por la Secretaría de Salud.	-Proceso de informe de gestión según solicitud	-Drive
6	Apoyar la Formulación de planes de trabajo y cronogramas semanales para los equipos a cargo, basados en proyecciones del grupo de Geografía.	-Articulación con los procesos para el desarrollo del cronograma y actividades programadas.	-lista de asistencia
7	Generar informes, indicadores y reportes de acciones según solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la Secretaría de Salud.	-Proceso de informe de gestión según solicitud.	-Drive
8	Realizar seguimiento de manera semanal, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.	-Se realiza seguimiento en campo y prescritica de los productos realizados por parte de los colaboradores	-actas y listas de chequeo

<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.	-Participación en los comités, fortalecimientos y reuniones asignadas	-Listas de asistencia
10	Realizar seguimiento, monitoreo y análisis de indicadores de proceso, incluyendo reportes de visitas, cumplimiento de canalizaciones y remisiones a rutas de atención sectorial e intersectorial.	-Se realiza seguimiento en campo y prescritica de los productos realizados por parte de los colaboradores	-Actas y listas de chequeo
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Actividades a demanda	-actas, 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 \$ 5807538												
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA															
2025	AGOSTO	2025	09	11	89777965	-													
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHOPESOS														
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado												
Pensionado				NO	\$ 2323015	\$ 371682	\$ 371700												
Salud				ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES		\$ 290377	\$ 290400												
ARL				3		SURA	\$ 56589	\$ 56600											
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 674185</b>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">INFORMACIÓN DE PAGO</th> </tr> <tr> <th>Entidad Bancaria</th> <td>BANCO DAVIVIENDA S.A.</td> <th>Tipo de Cuenta</th> <td>AHORROS</td> <th>Número de Cuenta</th> <td>550488414263175</td> </tr> </thead> </table>								INFORMACIÓN DE PAGO						Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488414263175
INFORMACIÓN DE PAGO																			
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488414263175														
HISTÓRICO																			
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA													
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES		2025-09-29 20:55:04													
ACEPTADO SUPERVISIÓN				YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-09-29 21:03:38													
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-09-30 14:41:52													

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	1032498958	KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES		cra 11 #20a 06	7293641	karentsilva98@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

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	1	11/09/2025	89777965	\$718.700	

### 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	290.400	0		0		0	0	0	0	290.400	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	371.700	0	0	0	0	0	0	0	371.700	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	56.600				56.600	0	0	56.600			566	56.600	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	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	290.400	290.400
Pensión	1	371.700	371.700
Riesgos Laborales	1	56.600	56.600
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>718.700</b>	<b>718.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032498958	KARENT ESTEFANIA SILVA CIFUENTES		cra 11 #20a 06	7293641	karentsilva98@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

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	11/09/2025	89777965	\$718.700	

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	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	1032498958	SILVA CIFUENTES KARENT ESTEFANIA	59	0			N																	25-14	2.323.016	371.700	0	0	0	0	EPS008	2.323.016	290.400	14-11	2.323.016	3	56.600		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



Karent Silva Cifuentes <karentsilva98@gmail.com>

**PSE - Transacción Aprobada  CUS 1768313335**

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: karentsilva98@gmail.com

10 de septiembre de 2025, 20:27



**¡Hola, Karent Estefania Silva Cifuentes !**

**Estado de la Transacción:** Aprobada 

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

**Valor:** \$ 718.700

**Empresa:** COMPENSAR-OI

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

**Fecha de la transacción:** 10/09/2025

**CUS:** 1768313335

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten encuenta estos tips de seguridad:**



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

**"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:**

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/quest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."



Buscar...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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 Contrato
- 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 SURA 1032498958 CTO 5740-2025.pdf	ARL SURA 1032498958 CTO 5740-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025 CTO 5740-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 5740-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA JUNIO 2025 CTO 5740-2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 5740-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA JULIO 2025 CTO 5740-2025.pdf	CUENTA JULIO 2025 CTO 5740-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA AGOSTO 2025 CTO 5740-2025.pdf	CUENTA AGOSTO 2025 CTO 5740-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

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

**KARENT ESTEFANIA KARENT ESTEFANIA**

**1032498958**

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

Para constancia se expide:

29 de septiembre de 2025

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

**UNA PERSPECTIVA PARA CRECER**

IDENTIFIQUE SU ROL



Pregunta requerida

**UNA PERSPECTIVA PARA CRECER**

Se registró la información con éxito

Aceptar