Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-09-01	**Hasta:**	2025-09-30	
Nombre del Contratista:	KAREN JULIETHE CASTRO TARAZONA		**Número de Documento:**	1013625404	
Correo Electrónico:	kaju9108@gmail.com		**Número Telefónico:**	3194703281	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	**Código - Grado:**	237-15

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1330-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	TECNOLOGO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K28PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	14666	$2698544	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2698544**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-02		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-04-21		1	$ 828646	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 3563838	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 2698544	1483
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 2614088	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 2614088
3	MARZO	$ 3125540
4	ABRIL	$ 2698544
5	MAYO	$ 2698544
6	JUNIO	$ 2933200
7	JULIO	$ 2698544
8	AGOSTO	$ 2698544
9	SEPTIEMBRE	$ 2698544

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17688608	**$ 24779636**	**$ 24779636**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar la identificacion y caracterizacion del perfil de riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en unidades de trabajo informal	-No se realiza esta atividad en el mes de Septiembre	-No se realiza esta atividad en el mes de Septiembre
2	2. identificar el riesgo de las condiciones de salud y su entorno y concertacion del plan en unidades de trabajo informal de alto, mediano impacto y bajo impacto.	-No se realiza esta atividad en el mes de Septiembre	-No se realiza esta atividad en el mes de Septiembre
3	3. realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud de las personas que desarrollan actividades en la unidades de trabajo informal (utis) de mediano impacto.	-Se realizan 12 segunda asesoria, 12 tercera asesoria en UTI de mediano impacto en la localidad de ciudad bolivar	-Formato de UTI
4	4. implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto.	-Se realizan 17 monitoreos en UTI de mediano impacto en la localidad de ciudad bolivar	-Formato de UTI
5	5. realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal.	-No se realiza esta atividad en el mes de Septiembre	-No se realiza esta atividad en el mes de Septiembre
6	6. participar en Realizar acompañamientos tecnicas y fortalecimiento de capacidades del entorno	-Se asisten a las reuniones citadas por el espacio y asistencias tecnicas de la secretaria de salud.	-Listado de asistencia
7	7.organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-Se realiza actulización de cronograma del mes de septiembre	-Cronograma digital
8	8.Caracterización, identificación y recorridos en Establecimientos relacionados con consumo de alcohol	-No se realiza esta atividad en el mes de Septiembre	-No se realiza esta atividad en el mes de Septiembre

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se asisten a las reuniones citadas por el espacio y asistencias tecnicas de la secretaria de salud.	-Listado de asistencia

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**	$ 2698544
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9490409727	-		
2025	**AGOSTO**	**2025**	**09**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado			NO		PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 229300**
Salud					SÁNITAS		$ 177938	**$ 179200**
ARL			3		SURA		$ 34676	**$ 35000**
Caja de Compensación			NO			**Total**	**$ 413129**	**$ 443500**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	570004870409010

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN JULIETHE CASTRO TARAZONA	2025-09-24 09:59:16
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	2025-09-24 13:03:49
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-25 12:31:29

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.



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013625404		CASTRO TARAZONA KAREN JULIETHE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trav 48b 69d 18 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7172233	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	1770905394	9490409727	I	2025/09/02	2025/09/12	BANCO DAVIVIENDA	10	$472,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1013625404	CASTRO KAREN	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013625404		CASTRO TARAZONA KAREN JULIETHE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trav 48b 69d 18 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7172233	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	1770905394	9490409727	I	2025/09/02	2025/09/12	BANCO DAVIVIENDA	10	$472,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,500	$0	$229,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,500	$0	$229,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$300	$0	$35,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$300	$0	$35,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$200	$0	$28,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$28,500	$200	$0	$28,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,200	$0	$179,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,200	$0	$179,200
TOTAL				1	$469,000	$3,200	$0	$472,200

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

Datos guardados

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? Si 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		
☐	cuenta de cobro enero 1330- 2025.pdf	cuenta de cobro enero 1330- 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro febrero 1330-2025.pdf	cuenta de cobro febrero 1330-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro marzo 1330-2025.pdf	cuenta de cobro marzo 1330-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro abril 1330-2025.pdf	cuenta de cobro abril 1330-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro mayo 1330-2025.pdf	cuenta de cobro mayo 1330-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro junio 1330-2025.pdf	cuenta de cobro junio 1330-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro julio 1330-2025.pdf	cuenta de cobro julio 1330-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro agosto 1330-2025.pdf	cuenta de cobro agosto 1330-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

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:

KAREN JULIETHE CASTRO TARAZONA

1013625404

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:

23 de septiembre de 2025

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ

qre7KuyCSE

SMAR SUR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

KAREN JULIETHE CASTRO TARAZONA

1013625404

Cumplió satisfactoriamente con la:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

23 de septiembre de 2025

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ