

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023023325	JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ MORENO		Carrera 7c este # 89c 28 sur	9296515	hernandez.moreno.juan.sebastia n1@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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	30/10/2025	90052003	\$497.800

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	198.300	0		0		0	23	2.800	0	201.100	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	253.800	0	0	0	0	23	3.600	0	257.400	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	38.700				38.700	23	600	39.300			387	39.300	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
SENA				
0	23	0	0	0
ICBF				
0	23	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	198.300	201.100
Pensión	1	253.800	257.400
Riesgos Laborales	1	38.700	39.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	490.800	497.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023023325	JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ MORENO		Carrera 7c este # 89c 28 sur	9296515	hernandez.moreno.juan.sebastia n1@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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	30/10/2025	90052003	10
					TOTAL A PAGAR
					\$497.800

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAC	APP	VCT	RL	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	1023023325	HERNANDEZ MORENO JUAN SEBASTIAN	57	0		N																	230201	1.586.000	253.800	0	0		0	0	EPS008	1.586.000	198.300	14-11	1.586.000	3	38.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-09-01	Hasta:	2025-09-30	
Nombre del Contratista:	JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ MORENO		Número de Documento:	1023023325	
Correo Electrónico:	hernandez.moreno.juan.sebastian1@gmail.com		Número Telefónico:	3197990522	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5130-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	AGENTES DE CAMBIO, GESTORES COMUNITARIOS				
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	Procentaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	8627	\$1587368	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1587368	UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato	2025-03-17			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	\$ 6634	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	\$ 1958329	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	\$ 1587368	1483
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
1	MARZO	\$ 793915	
2	ABRIL	\$ 1587368	
3	MAYO	\$ 1587368	
4	JUNIO	\$ 1587368	
5	JULIO	\$ 1587368	
6	AGOSTO	\$ 1587368	
7	SEPTIEMBRE	\$ 1587368	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 6765792		\$ 10318123	\$ 10318123
			\$ 0
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Diligenciar formatos de recolección de información a partir de la observación socio-ambiental del entorno.	-diligenciar cada uno de los formatos de sesiones colectivas y diarios de campo	-8 formatos de sesiones colectivas totalmente diligenciados y 6 diarios de campo con información acorde a las acciones desarrolladas
2	sistematizar información recolectada en las herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Cargue de información al Drive	-Cargue de matrices con información cualitativa y cuantitativa sobre las actividades realizadas
3	diseñar piezas comunicativas de acuerdo a las necesidades identificadas.	-Piezas gráficas tipo infografías	-Diseño, creación y socialización de piezas gráficas con información
4	realizar recorridos en espacio público a fin de lograr sensibilización y adopción de prácticas de cuidado y autocuidado.	-Recorridos en diferentes zonas de diferentes localidades	-información fotográfica y diarios de campo
5	cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	-Disponibilidad de tiempo en diferentes horas de la semana	-realización de actividades en horarios estratégicos
6	Generar Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Diligenciamiento y gestión de documentos y archivos	-Documentos y archivos fotográficos
7	Entregar formatos de captura de Información al profesionales de apoyo para pre críticas y pre auditorías	-Diligenciamiento de formatos	-Formatos diligenciados
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Sensibilización frente al consumo responsable de alcohol, acciones de auto cuidado y prevención de siniestralidad vial	-Productos físicos de apoyo pedagógico y didáctico

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		\$ 1587368
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	89217973	-			
2025	AGOSTO	2025	09	16					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 255600
Salud						COMPENSAR		\$ 177938	\$ 199700
ARL					3	SURA		\$ 34676	\$ 39000
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 413129	\$ 494300

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550488436706482

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ MORENO	2025-09-23 17:37:58
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-24 12:26:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-25 18:07:55

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD