

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31
Nombre del Contratista:	CAROLINA ALBA HERRERA		Número de Documento:	52797814
Correo Electrónico:	caroalba16@gmail.com		Número Telefónico:	3226855171
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5242-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	578
Perfil:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V01VAN692	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	\$4056200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4056200	CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-03-25			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-05-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-05-29	2025-12-21	1	\$ 26770927	919
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MARZO			\$ 946447	
2	ABRIL			\$ 4056200	
3	MAYO			\$ 4056200	
4	JUNIO			\$ 4056200	
5	JULIO			\$ 4056200	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
6	AGOSTO	\$ 4056200	
7	SEPTIEMBRE	\$ 4056200	
8	OCTUBRE	\$ 4056200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 9464467		\$ 36235394	\$ 29339847
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SALDO DEL CONTRATO
\$ 9464467		\$ 36235394	\$ 6895547
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Apoyar el proceso de socialización, inscripción y convocatoria del proyecto	-No se aplican estas actividades para este período.	-No aplica evidencias para este período
2	Apoyar y participar y contribuir al desarrollo de las diferentes etapas del proyecto, y en especial aquellas que requieren orientación técnica específica.	- Asistí y participe en reuniones de equipo de ejecución CI 1692/2024. Localidad Ciudad Bolívar. Realice alistamiento de presentación de casos para Comité de aprobación.	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de octubre 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co
3	Apoyar en el desarrollo de las acciones que correspondan para dar cumplimiento a lo concertado en el cronograma general (visitas domiciliarias – entregas de DAP – seguimiento a proveedores – seguimiento a los DAP entre otros)	-Elaborar cronograma de actividades acorde a la meta establecida para el 9 período CI 1692/2024. Localidad Ciudad Bolívar. - Diligencie base de solicitud de DAPS al proveedor asignado CI 1692/2024. Localidad Ciudad Bolívar.	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de octubre 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co
4	Apoyar con la solicitud de insumos de acuerdo con las actividades a desarrollar.	- No se aplican estas actividades para este período.	- No aplica evidencias para este período
5	Apoyar en la articulación y gestión con el área de participación social de la subred y/o la SDS, garantizando el desarrollo de los procesos de veeduría ciudadana en la ejecución de las acciones y cumplimiento de los productos.	- No se aplican estas actividades para este período.	-No aplica evidencias para este período
6	Apoyar en la articulación sectorial e intersectorial que facilite la ejecución de las acciones y cumplimiento de los productos.	-Revisar carpetas de usuarios vigencia actual para identificación de casos donde se requiere solicitar certificado de residencia CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de octubre 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co
7	Apoyo a la presentación pública inicial y final.	-No se aplican estas actividades para este período.	-No aplica evidencias para este período
8	Apoyar en la actualización de la base de datos.	-Realice depuración y actualización de base de datos de inscritos CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar. -Diligencie base de solicitud de DAPS al proveedor asignado CI 1692/2024. Localidad Ciudad Bolívar.	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de octubre 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Apoyar y participar en reuniones con supervisores de acuerdo con necesidad. 10. Dar cumplimiento al cronograma de actividades. (visitas domiciliarias – entregas de DAP – seguimiento a proveedores – seguimiento a los DAP entre otros)	- Asisti a reuniones de equipo ejecutor CI 1692/2024 - Realice visitas domiciliarias de vulnerabilidad y prescripción urbana CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolivar. - Realice seguimientos vigencia anterior (2023). CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de octubre 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co
10	Apoyo operativo al proceso de solicitud y compra de insumos requeridos para el desarrollo de las categorías	-Realice revisión de base para solicitud de DAPS a Proveedor, de acuerdo a resultado de comités de aprobacion CIA 1692-2024 Ciudad Bolivar	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de octubre 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co
11	Apoyar en la participación del plan de fortalecimiento de capacidades, habilidades y competencias al talento humano para equipos técnicos y operativos del equipo ejecutor.	- Realice y actualice los cursos de Induccion y reinduccion, Atencion a Victimas de Abuso Sexual, Nuevos aires de Creatividad e Innovacion en Salud, Politica de Integridad y Responsabilidad Social	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de octubre 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co
12	Dinamizar las acciones de canalización de los usuarios a otros programas de Salud y/o sociales, con la activación de las rutas integrales de atención en salud (RIAS) por el PSPIC.	-No se aplican estas actividades para este período.	-No aplica evidencias para este período
13	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Elabore las actas de entrega y entrenamiento de DAPS CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar. - Elabore la carta de intencion para entrega de DAPS CI 1692/2024 Localidad Ciudad Bolívar.	-Los soportes se encuentran en el drive cuentas de cobro mes de octubre 2025 correo referencia fdl@subredsur.gov.co

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior	\$ 0
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	23	90787252	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CEROPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 270500
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 211400
ARL				1	SURA		\$ 7431	\$ 41200
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 523100
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	451870102501	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CAROLINA ALBA HERRERA		2025-10-26 13:47:24	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-10-27 14:21:02	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-10-28 08:51:25	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-11-18 12:41:26	

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	52797814	CAROLINA ALBA HERRERA		CRA 102A N 130A -19	6016838573	carrito2601@yahoo.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	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91507942	\$520.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	208.800	0		0		0	12	1.600	0	210.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	267.200	0	0	0	0	12	2.100	0	269.300	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	40.700				40.700	12	400	41.100			407	41.100	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	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	208.800	210.400
Pensión	1	267.200	269.300
Riesgos Laborales	1	40.700	41.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	516.700	520.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52797814	CAROLINA ALBA HERRERA		CRA 102A N 130A -19	6016838573	carrito2601@yahoo.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				
2025-10	2025-10	\$520.800				

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colm. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	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	52797814	ALBA HERRERA CAROLINA	57	0			N																	230301	1.669.729	267.200	0	0	0	0	EPS017	1.669.729	208.800	14-11	1.669.729	3	40.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA