

**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: | BERONICA MONROY RODRIGUEZ | | Número de Documento: | 52985610 |
| Correo Electrónico: | beronicamr@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3112950728 |
| Nombre del Supervisor: | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código Grado: - 242-25 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 4796-2025 | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 301 |
| Perfil: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO I | | | | |
| 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 |
|-------------------------------------|--|---|--------------|---------------------------------------|
| V01VAN653 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS CANDELARIA LA NUEVA | \$4921400 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 4921400 | CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS PESOS | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | | |
|--|---------------------|----------------------------|--------------------|--|------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | | 2025-02-12 | | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | | 2025-05-11 |
| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP | |
| 1 | 2025-05-10 | 2025-06-11 | 1 | \$ 4921400 | 827 | |
| 2 | 2025-06-09 | 2025-11-15 | 2 | \$ 25099141 | 984 | |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | | Mes Cuenta de Cobro | | Valor a Pagar | | |
| 1 | | FEBRERO | | \$ 3116874 | | |
| 2 | | MARZO | | \$ 4921400 | | |
| 3 | | ABRIL | | \$ 4921400 | | |
| 4 | | MAYO | | \$ 4921400 | | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | |
|--|--|--|--|
| 5 | JUNIO | \$ 4921400 | |
| 6 | JULIO | \$ 4921400 | |
| 7 | AGOSTO | \$ 4921400 | |
| 8 | SEPTIEMBRE | \$ 4921400 | |
| 9 | OCTUBRE | \$ 4921400 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS |
| \$ 14764200 | | \$ 44784741 | \$ 42488074 |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | Apoyar en la convocatoria e inscripciones de salud mental positiva. | --ACTIVIDAD REALIZADA EN PERIODOS ANTERIORES | --ACTIVIDAD REALIZADA EN PERIODOS ANTERIORES |
| 2 | Realizar las visitas de vulnerabilidad. | -SE REALIZARON 4 VISITAS DE VULNERABILIDAD | - ACTA DE ENTREGA Y REVISIÓN DOCUMENTAL DE LAS 4 VISITAS. 4 VISITAS EN FÍSICO CON SUS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES QUE REPOSAN EN LA SEDE CANDELARIA. |
| 3 | Presentar los medios de verificación que den cuenta de las actividades realizadas. | -SE REALIZARON 140 SESIONES: SESIÓN 1: 7 Reportes, SESIÓN 2: 14 Reportes, SESIÓN 3: 17 Reportes, SESIÓN 4: 18 Reportes, SESIÓN 5: 18 Reportes, SESIÓN 6: 18 Reportes, SESIÓN 7: 18 Reportes, SESIÓN 8: 10 Reportes, SESIÓN 9: 10 Reportes, SESIÓN 10: 10 Reportes. ENTREGO 13 KITS | -ACTA REVISIÓN DOCUMENTAL-CALIDAD DEL DATO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO. REPOSAN LOS REPORTES EN FÍSICO EN LA SEDE ADMINISTRATIVA CANDELARIA |
| 4 | Elaborar fichas técnicas y operativas, | --ACTIVIDAD REALIZADA EN PERIODOS ANTERIORES | --ACTIVIDAD REALIZADA EN PERIODOS ANTERIORES |
| 5 | Presentar listado de inscritos con la documentación requerida | --ACTIVIDAD REALIZADA EN PERIODOS ANTERIORES | --ACTIVIDAD REALIZADA EN PERIODOS ANTERIORES |
| 6 | Desarrollar las sesiones de terapias alternativas | -SE REALIZARON 140 SESIONES: SESIÓN 1: 7 Reportes, SESIÓN 2: 14 Reportes, SESIÓN 3: 17 Reportes, SESIÓN 4: 18 Reportes, SESIÓN 5: 18 Reportes, SESIÓN 6: 18 Reportes, SESIÓN 7: 18 Reportes, SESIÓN 8: 10 Reportes, SESIÓN 9: 10 Reportes, SESIÓN 10: 10 Reportes. | -ACTA REVISIÓN DOCUMENTAL-CALIDAD DEL DATO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO. REPOSAN LOS REPORTES EN FÍSICO EN LA SEDE ADMINISTRATIVA CANDELARIA |
| 7 | Gestionar los espacios necesarios para el desarrollo de las actividades. | -ACTIVIDAD NO APLICA PARA LA ACTIVIDAD YA QUE ES DOMICILIARIA | -ACTIVIDAD NO APLICA PARA LA ACTIVIDAD YA QUE ES DOMICILIARIA |
| 8 | Entregar los elementos correspondientes a los kits de meditación | SE REALIZO ENTREGA DE 13 KITS | --ACTA REVISIÓN DOCUMENTAL-CALIDAD DEL DATO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO. REPOSAN LOS REPORTES EN FÍSICO EN LA SEDE ADMINISTRATIVA CANDELARIA |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|---|---|---|
| 9 | Apoyar en la presentación de soportes documentales que den cuenta del desarrollo de cada una de las actividades de salud mental positiva. | -SE REALIZARON 140 SESIONES: SESIÓN 1: 7 Reportes, SESIÓN 2: 14 Reportes, SESIÓN 3: 17 Reportes, SESIÓN 4: 18 Reportes, SESIÓN 5: 18 Reportes, SESIÓN 6: 18 Reportes, SESIÓN 7: 18 Reportes, SESIÓN 8: 10 Reportes, SESIÓN 9: 10 Reportes, SESIÓN 10: 10 Reportes. ENTREGO 13 KIT | --ACTA REVISIÓN DOCUMENTAL-CALIDAD DEL DATO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO. REPOSAN LOS REPORTES EN FÍSICO EN LA SEDE ADMINISTRATIVA CANDELARIA |
| 10 | Apoyar en la realización de informes y soportes de las actividades realizadas y demás requerimientos según las dinámicas del convenio. | INFORMACIÓN ACTUALIZADA EN BASE DE DATOS PARA ADQUIRIR INFORMACIÓN EN TIEMPO REAL Y PODER REALIZAR INFORMES DE ACTIVIDADES | -BASE DE DATOS COMPONENTE N° 1: ACCIONES COMPLEMENTARIAS |
| 11 | Apoyar en la elaboración de estudio de mercado de los entregables. | -NO APLICA PARA ESTE PERIODO | -NO APLICA PARA ESTE PERIODO |
| 12 | Se hará entrega por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E de un informe donde se consignen las actividades adelantadas y los avances identificados durante el proceso, los soportes de las sesiones reposar en la carpeta única del contrato, de igual manera deberá tomar medidas de seguridad y protección de los menores, los permisos y todas las acciones que se requieren garantizando la participación de personas con discapacidad y los cuidadores. | -ACTIVIDAD QUE NO APLICA PARA PROFESIONAL | --ACTIVIDAD QUE NO APLICA PARA PROFESIONAL |

| 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 | |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | SEPTIEMBRE | 2025 | 10 | 08 | 89961285 | - | \$ 4921400 | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS PESOS | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | \$ 1968560 | \$ 314970 | \$ 316100 |
| Salud | | | | | SÁNTITAS | | \$ 246070 | \$ 246900 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | \$ 47954 | \$ 48200 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | | Total | \$ 571316 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO AV VILLAS | | Tipo de Cuenta | AHORROS | | Número de Cuenta | 681827510 | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | BERONICA MONROY RODRIGUEZ | | 2025-10-23 16:55:57 | | |
| RECHAZADO SUPERVISOR | | | | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | | 2025-10-25 19:30:58 | | |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | BERONICA MONROY RODRIGUEZ | | 2025-10-26 10:50:49 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | | 2025-10-27 14:03:51 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2025-10-28 08:51:22 | | |
| 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 12:41:32 | | |

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 Montilla

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 52985610 | BERONICA MONROY RODRIGUEZ | | CALLE 156B N 100-51 | 3112950728 | beronicamr@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 | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 04/11/2025 | 90803006 | \$609.200 | |

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 | 246.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 246.100 | 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 |
|------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 315.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 315.100 | 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 | 48.000 | | | | 48.000 | 0 | 0 | 48.000 | | | 480 | 48.000 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 246.100 | 246.100 |
| Pensión | 1 | 315.100 | 315.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 48.000 | 48.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 609.200 | 609.200 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 52985610 | BERONICA MONROY RODRIGUEZ | | CALLE 156B N 100-51 | 3112950728 | beronicamr@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 | |
| 2025-10 | 2025-10 | 1 | 04/11/2025 | 90803006 | \$609.200 | | |

| 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 | 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 | 52985610 | MONROY RODRIGUEZ BERONICA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.968.800 | 315.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.968.800 | 246.100 | 14-11 | 1.968.800 | 3 | 48.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA