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:**	2025-10-03	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	CAMILA ANDREA DELGADO SACHEZ		**Número de Documento:**	1018496899	
Correo Electrónico:	camiladelgadonutricionista@gmail.com		**Número Telefónico:**	3125387076	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7207-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	22800	$4195200	107.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4195200**	**CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	OCTUBRE	$ 4195200	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8390400	**$ 8390400**	**$ 4195200**	**$ 4195200**

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar Jornadas de bienestar en jardines	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada
2	Realizar Sesiones educativas con padres de familia.	- Se realizan 18 sesiones con padres de familia enfocadas en habitos saludables	-Formato sesiones colectivas
3	Realizar sesiones educativas con docentes	-Se realizan 2 sesiones con docentes desde el area de nutrición enfocado en habitos saludables	- Formato sesiones colectivas
4	Sesiones educativas con población preescolar	-Se realizan 33 sesiones con escolares enfocadas en habitos alimentarios saludables	-Formato sesiones colectivas
5	Realizar Sesión de aplicación de la escala abreviada del desarrollo	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada
6	Realizar sesión de llamada y seguimiento telefónico acorde a la necesidad	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada
7	Participar en mesa técnica de Seguridad Alimentaria	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada
8	Realizar sistematización del plan de cuidado escolar	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada
9	Realizar sesión para laRealizar la elaboración de infografía informativa y socialización de resultados	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada
10	Sesión de acercamiento a los jardines infantiles de seguimiento al plan de cuidado escolar	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada
11	Realizar Sesión de evaluación y cierre de planes de cuidado escolar	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada
12	Realizar sesión mascota verde.	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada
13	Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Se realiza entrega de actividades en los tiempos estipulados según lineamientos	-Formato sesiones colectivas y actas
14	Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Se realiza entrega de informes en los tiempos estipulados	- Drive de informes
15	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada	- No se realizan sesiones para la actividad estipulada

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	$ 4127120
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1075635151	-		
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1650848	$ 264136	**$ 264200**
Salud		ALIANSALUD		$ 206356	**$ 206400**
ARL	3	SURA		$ 40215	**$ 40300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 479109**	**$ 510900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24076806674

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAMILA ANDREA DELGADO SANCHEZ	2025-10-26 09:08:25
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-10-27 11:58:26
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-10-27 18:38:07
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 12:42:28

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

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? ○ 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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ARL SURA 1018496899 CTO 5254-2025.pdf	ARL SURA 1018496899 CTO 5254-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 5254-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 5254-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO CTO 5254-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CTO 5254-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 5254-2025.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 5254-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO CTO 5254-2025..pdf	CUENTA DE COBRO JULIO CTO 5254-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO 5254-2025.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO CTO 5254-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro septiembre CTO 5254-2025.pdf	Cuenta de cobro septiembre CTO 5254-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-18, 12:50:25 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075635151

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025

PAGADO 11/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILA ANDREA DELGADO SANCHEZ		
Documento	CC1018496899	**Dirección**	CR 7 #42 - 109
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7809393
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1018496899	CAMILA ANDREA DELGADO SANCHEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.650.900	$ 264.200	(EPS001) ALIANSALUD	$ 1.650.900	$ 206.400	2,436	$ 1.650.900	$ 40.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 510.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.650.900	$ 1.650.900	$ 1.650.900	$ 0	$ 264.200	$ 206.400	$ 40.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 510.900	$ 0	$ 510.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.