

| DATOS DEL APORTANTE                        |                   |                             |        |                      |                    |                     |
|--|-------------------|-----------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                                       | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC   | 52380315          | JEIMMY XIMENA PEÑUELA PEREZ |        | CLL 58 C SUR # 47 02 | 4604214            | jeimmyx@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                         | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                     |
| ÚNICA                                      | I - Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                     |
| <b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b> |                   |                             |        |                      |                    |                     |
| 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 |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 09/10/2025               | 90571049        | \$441.500     |     |

**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 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 3         | 400                   | 0              | 178.400       | 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 |
|------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14      | Colpensiones | 900336004-7 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 3         | 500                   | 0              | 228.300       | 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 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 3         | 100                   | 34.800              |                            |                     | 347               | 34.800        | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 3         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 3         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 178.000                             | 178.400        |
| Pensión             | 1                              | 227.800                             | 228.300        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 34.700                              | 34.800         |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>440.500</b>                      | <b>441.500</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52380315          | JEIMMY XIMENA PEÑUELA PEREZ |        | CLL 58 C SUR # 47 02 | 4604214            | jeimmyx@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 |  |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 09/10/2025               | 90571049        | \$441.500 |               |  |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |         |     |    |    |       |     |     |                   |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|-------|-----|-----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |           |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |          |           | CCF        |                      |                      | PARAFISCALES                   |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | ISE | MA | MA | ASP   | 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   | 52380315              | PEÑUELA PEREZ JEIMMY XIMENA | 59        | 0       | N         |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |         |     |    |    |       |     |     |                   | 25-14    | 1.423.500 | 227.800    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.423.500 | 178.000                | 14-11    | 1.423.500 | 3               | 34.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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](#)

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

|                          | Descripción                         | Nombre del archivo                  | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ARL SURA 52380315 CTO 6018-2025.pdf | ARL SURA 52380315 CTO 6018-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 06_CTA_6018-2025_JUNIO_JP.pdf       | 06_CTA_6018-2025_JUNIO_JP.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 7_CTA_6018_2025_JULIO_JP.pdf        | 7_CTA_6018_2025_JULIO_JP.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 08_CTA_6018_2025_AGOS_JP.pdf        | 08_CTA_6018_2025_AGOS_JP.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 09_CTA_6018_2025_SEP_JP.pdf         | 09_CTA_6018_2025_SEP_JP.pdf         | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

|                                |                              |               |                             |                        |        |
|--------------------------------|------------------------------|---------------|-----------------------------|------------------------|--------|
| <b>Periodo a Certificar:</b>   | <b>Desde:</b>                | 2025-10-01    | <b>Hasta:</b>               | 2025-10-31             |        |
| <b>Nombre del Contratista:</b> | JEIMMY XIMENA PEÑUELA PEREZ  |               | <b>Número de Documento:</b> | 52380315               |        |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | jeimmyx@hotmail.com          |               | <b>Número Telefónico:</b>   | 3114562078             |        |
| <b>Nombre del Supervisor:</b>  | JULIO ANDRÉS SÁNCHEZ SÁNCHEZ | <b>Cargo:</b> | JEFE DE OFICINA             | <b>Código - Grado:</b> | 006-05 |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |  |                      |      |                              |      |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|------|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 6018-2025                                | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 1059 |
| <b>Perfil:</b>                       | TECNICO ADMINISTRATIVO II                |                      |      |                              |      |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC |                      |      |                              |      |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS VISTA HERMOSA                        |                      |      |                              |      |

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

| <b>Centro de Costos</b>             | <b>Dirección</b>                         | <b>Unidad</b>   | <b>Total</b> | <b>Procentaje(%) Centro de Costos</b> |
|-------------------------------------|--|---|--------------|---------------------------------------|
| T07SA                               | OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC | ADMINISTRATIVA  | \$2491666    | 100%                                  |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | \$ 2491666                               | <b>DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS</b> |              |                                       |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|  |                            |  |            |
|--|----------------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b>        | 2025-07-01                 | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2025-12-31 |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | JULIO                      | \$ 2491666                                       |            |
| 2  | AGOSTO                     | \$ 2491666                                       |            |
| 3  | SEPTIEMBRE                 | \$ 2491666                                       |            |
| 4  | OCTUBRE                    | \$ 2491666                                       |            |

|                                   |                                 |                         |                           |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b> | <b>PAGOS REALIZADOS</b> | <b>SALDO DEL CONTRATO</b> |
| \$ 14949996                       | \$ 14949996                     | \$ 9966664              | \$ 4983332                |

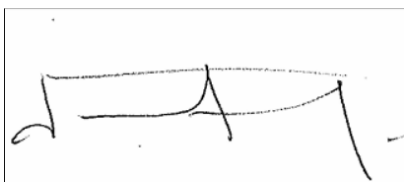
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN   | PRODUCTO O EVIDENCIA   |
|---|--|--|
| 1   | <p>Recepcionar, generar, consolidar los medios magnéticos RIPS teniendo en cuenta los diferentes planes de beneficios, realizando las validaciones y entregas de los mismos con oportunidad y calidad, de acuerdo con la contratación y la normatividad vigente emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, los lineamientos y las mallas validadoras dispuesta por las diferentes EAPBS.</p> | <p>-ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA 29 ANAS WAYUU EPS 5 ASEGURADORA MUNDIAL SOAT 82 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA 2 AXA COLPATRIA ARL 1 AXA COLPATRIA SOAT 16 CAJACOPI EPS SAS CONTRIBUTIVO 25 CAJACOPI EPS SAS SUBSIDIADO 343 CAPRESOCA CONTRIBUTIVO 2023 3 CAPRESOCA SUBSIDIADO 2023 3 DUSAKAWI EPS 16 EMSSANAR SAS SUBSIDIADO 2022 31 EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S. SUBSIDIADO 27 MALLAMAS EPS INDIGENAS CONTRIBUTIVO 3 MALLAMAS EPS INDIGENAS CONTRIBUTIVO APH 2 MALLAMAS EPS INDIGENAS SUBSIDIADO 28 PATRIMONIO AUTÓNOMO DEL MAGISTERIO-FOMAG 22 PATRIMONIO AUTÓNOMO FOMAG 4 PATRIMONIO FOMAG 7 PIJAOS SALUD CONTRIBUTIVO EVENTO 1 PIJAOS SALUD CONTRIBUTIVO EVENTO 2024 3 PIJAOS SALUD EPS SUBSIDIADO NO POS 1 PIJAOS SALUD SUBSIDIADO EVENTO 5 PIJAOS SALUD SUBSIDIADO EVENTO 2024 39 SERVICIO OCCIDENTAL SALUD EPS CONT 1 UNION TEMPORAL UT SALUD USPEC 2 4</p> <p>-<a href="https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKnEt9AtXWuJMBnj2nJJj1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo">https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKnEt9AtXWuJMBnj2nJJj1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo</a></p> |
| 2   | <p>Informar periódicamente las inconsistencias encontradas en el resultado de la validación de los RIPS asignados.</p>   | <p>-Se Realiza retroalimentación de las empresas CAJACOPI, EPS FAMILIAR, NUEVA EPS Y FOMAG</p> <p>-<a href="https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKnEt9AtXWuJMBnj2nJJj1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo">https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKnEt9AtXWuJMBnj2nJJj1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo</a></p>   |
| 3   | <p>Atender las solicitudes de devoluciones de RIPS reportadas por las EAPBS.</p>   | <p>-Se realiza reporte y cargue de RIPS a Cartera de ASMET SALUD Y CAJACOPI</p> <p>-<a href="https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKnEt9AtXWuJMBnj2nJJj1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo">https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKnEt9AtXWuJMBnj2nJJj1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo</a></p>  |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |   | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN   | PRODUCTO O EVIDENCIA  |
|---|---|--|---|
| 4   | Dar respuesta a las solicitudes de RIPS requeridas por el área de cartera, para el proceso de radicación de la devoluciones y procesos de acreencias.   | -Se realiza Cargue de RIPS a Cartera de ASMET SALUD y en Cajacopi se realiza cambios de medicamentos en los RIPS .json | - <a href="https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo">https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo</a> |
| 5   | Capacitar a los colaboradores asistenciales, con el objetivo de mejorar la calidad de los datos registrados en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria de la Subred Sur E.S.E.  | -Se realiza Capacitación a Cartera Señora Olga Duarte  | - <a href="https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo">https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo</a> |
| 6   | Realizar acompañamiento al área de facturación, acorde a las necesidades correspondiente a la radicación de los RIPS y cuentas en las EAPBS asignadas.  | -Se realiza acompañamiento de lunes a viernes según necesidad del área de facturación                                  | - <a href="https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo">https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo</a> |
| 7   | Apoyar técnicamente las mesas de trabajo convocadas para el mejoramiento continuo de la calidad de los RIPS de la Subred Sur, así mismo apoyar en el proceso de conciliación, auditorías y/o capacitaciones de RIPS realizadas por las EAPBS. | -Se realiza soporte a ASMET SALUD, recopilación de información , verificación y cargue a la plataforma                 | - <a href="https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo">https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo</a> |
| 8   | Apoyar técnicamente los planes de contingencia relacionados con la gestión de RIPS de la entidad  | -Se realiza esta actividad según lo indicado por el líder Luis Eduardo Rojas   | - <a href="https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo">https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKne9AtXWuJMBnj2nJJ1ONuCW9BjgbLAW?e=hSsbmo</a> |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL   |                       |               |                |         |  |                            |   |                  |
|--|-----------------------|---------------|----------------|---------|--|----------------------------|---|------------------|
| Período al que corresponde el pago   |                       | Fecha de Pago |                |         | Número de Planilla   | Factura Electrónica        | Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior | \$ 2491666       |
| AÑO  | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA     |  |                            |   |                  |
| 2025   | SEPTIEMBRE            | 2025          | 10             | 09      | 90571049   | -                          |   |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras  |                       |               |                |         | DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS |                            |   |                  |
| Item   |                       |               |                |         | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                      | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                   | Valor Aportado   |
| Pensionado   |                       |               |                | NO      | PROTECCIÓN   | \$ 1423500                 | \$ 227760                                     | \$ 228300        |
| Salud  |                       |               |                |         | SÁNTITAS   |                            | \$ 177938                                     | \$ 178400        |
| ARL  |                       |               |                | 3       | SURA   |                            | \$ 34676                                      | \$ 34800         |
| Caja de Compensación   |                       |               |                | NO      |  | <b>Total</b>               | <b>\$ 413129</b>                              | <b>\$ 441500</b> |
| INFORMACIÓN DE PAGO  |                       |               |                |         |  |                            |   |                  |
| Entidad Bancaria   | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS |  | Número Cuenta              | de 0570004870383389                           |                  |
| HISTÓRICO  |                       |               |                |         |  |                            |   |                  |
| OBSERVACIÓN  |                       |               |                |         | USUARIO  |                            | FECHA   |                  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  |                       |               |                |         | JEIMMY XIMENA PEÑUELA PEREZ  |                            | 2025-10-23 13:03:16                           |                  |
| RECHAZADO SUPERVISOR   |                       |               |                |         | JULIO ANDRES SANCHEZ SANCHEZ   |                            | 2025-10-28 22:02:28                           |                  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  |                       |               |                |         | JEIMMY XIMENA PEÑUELA PEREZ  |                            | 2025-10-28 22:34:51                           |                  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN   |                       |               |                |         | JULIO ANDRES SANCHEZ SANCHEZ   |                            | 2025-10-29 16:16:46                           |                  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN  |                       |               |                |         | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO   |                            | 2025-10-30 16:44:02                           |                  |
| 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 12:41:12                           |                  |

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.

A handwritten signature in black ink, enclosed in a thin black rectangular border. The signature is stylized and appears to read 'JAS'.

**JULIO ANDRÉS SÁNCHEZ SÁNCHEZ**  
**JEFE DE OFICINA**