

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-11-01	Hasta:	2025-11-15
Nombre del Contratista:	BERONICA MONROY RODRIGUEZ		Número de Documento:	52985610
Correo Electrónico:	beronicamr@hotmail.com		Número Telefónico:	3112950728
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado: -

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	\$2296667	87.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2296667	DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE 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		

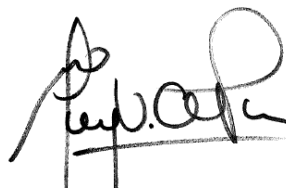
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	JUNIO	\$ 4921400	
6	JULIO	\$ 4921400	
7	AGOSTO	\$ 4921400	
8	SEPTIEMBRE	\$ 4921400	
9	OCTUBRE	\$ 4921400	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 14764200		\$ 44784741	\$ 42488074
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SALDO DEL CONTRATO
\$ 14764200		\$ 44784741	\$ 2296667
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.	-ACTIVIDAD REALIZADA EN PERIODOS ANTERIORES	-ACTIVIDAD REALIZADA EN PERIODOS ANTERIORES
3	Presentar los medios de verificación que den cuenta de las actividades realizadas.	-SE REALIZARON 140 SESIONES: SESIÓN 1: 1 Reportes, SESIÓN 2: 1 Reportes, SESIÓN 3: 2 Reportes, SESIÓN 4: 2 Reportes, SESIÓN 5: 5 Reportes, SESIÓN 6: 5 Reportes, SESIÓN 7: 7 Reportes, SESIÓN 8: 15 Reportes, SESIÓN 9: 18 Reportes, SESIÓN 18: 10 Reportes. ENTREGO 31 KITS INFORMES FINAL 100 REPORTES	-ACTA REVISIÓN DOCUMENTALCALIDAD 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: 1 Reportes, SESIÓN 2: 1 Reportes, SESIÓN 3: 2 Reportes, SESIÓN 4: 2 Reportes, SESIÓN 5: 5 Reportes, SESIÓN 6: 5 Reportes, SESIÓN 7: 7 Reportes, SESIÓN 8: 15 Reportes, SESIÓN 9: 18 Reportes, SESIÓN 18: 10 Reportes. ENTREGO 31 KITS INFORMES FINAL: 100 REPORTES	-ACTA REVISIÓN DOCUMENTALCALIDAD 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.	-NO APLICA YA QUE EL PROCESO DE REALIZA MODALIDAD DOMICILIARIA	-NO APLICA YA QUE EL PROCESO DE REALIZA MODALIDAD DOMICILIARIA
8	Entregar los elementos correspondientes a los kits de meditación	-ENTREGO 31 KITS	ACTA REVISIÓN DOCUMENTALCALIDAD 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: 1 Reportes, SESIÓN 2: 1 Reportes, SESIÓN 3: 2 Reportes, SESIÓN 4: 2 Reportes, SESIÓN 5: 5 Reportes, SESIÓN 6: 5 Reportes, SESIÓN 7: 7 Reportes, SESIÓN 8: 15 Reportes, SESIÓN 9: 18 Reportes, SESIÓN 18: 10 Reportes. ENTREGO 31 KITS INFORMES FINAL: 100 REPORTES	-ACTA REVISIÓN DOCUMENTALCALIDAD 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.	-SE REALIZARON 140 SESIONES: SESIÓN 1: 1 Reportes, SESIÓN 2: 1 Reportes, SESIÓN 3: 2 Reportes, SESIÓN 4: 2 Reportes, SESIÓN 5: 5 Reportes, SESIÓN 6: 5 Reportes, SESIÓN 7: 7 Reportes, SESIÓN 8: 15 Reportes, SESIÓN 9: 18 Reportes, SESIÓN 18: 10 Reportes. ENTREGO 31 KITS INFORMES FINAL: 100 REPORTES	-ACTA REVISIÓN DOCUMENTALCALIDAD DEL DATO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO. REPOSAN LOS REPORTES EN FÍSICO EN LA SEDE ADMINISTRATIVA CANDELARIA
11	Apoyar en la elaboración de estudio de mercado de los entregables.	-NO APLICA PARA EL PERFIL	-NO APLICA PARA EL PERFIL
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.	-E REALIZARON 140 SESIONES: SESIÓN 1: 1 Reportes, SESIÓN 2: 1 Reportes, SESIÓN 3: 2 Reportes, SESIÓN 4: 2 Reportes, SESIÓN 5: 5 Reportes, SESIÓN 6: 5 Reportes, SESIÓN 7: 7 Reportes, SESIÓN 8: 15 Reportes, SESIÓN 9: 18 Reportes, SESIÓN 18: 10 Reportes. ENTREGO 31 KITS INFORMES FINAL: 100 REPORTES	-ACTA REVISIÓN DOCUMENTALCALIDAD DEL DATO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO. REPOSAN LOS REPORTES EN FÍSICO EN LA SEDE ADMINISTRATIVA CANDELARIA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	OCTUBRE	2025	11	04	90803006	-	\$ 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	\$ 315100
Salud					SÁNTITAS		\$ 246070	\$ 246100
ARL				3	SURA		\$ 47954	\$ 48000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 571316	\$ 609200
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		2025-11-25 13:10:19		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-11-26 13:24:58		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-11-27 11:00:00		

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN 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.	
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	24/11/2025	91605023	\$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	
2025-11	2025-11					\$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	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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