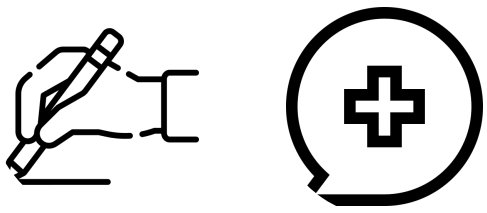
VER INFORME DE ACTIVIDAD



Regresar

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-11-01	**Hasta:**	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	KAREN LIZETH GOMEZ CUITIVA		**Número de Documento:**	1013671899	
Correo Electrónico:	ndkarengomez@gmail.com		**Número telefónico:**	3143692566	
Nombre del supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7512-2025	**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	Rubro Presupuestal	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	22800	4195200	100.0%
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 Inicial del Contrato**	2025-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-11-14	2026-01-09	1	4195200	1889
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		OCTUBRE		4195200	
2		NOVIEMBRE		4195200	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
8390400	**12585600**	**8390400**	**4195200**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar investigaciones epidemiológicas de campo (iec) de eventos de interés en salud pública.	--Se realizan 30 visitas de caracterizacion a Gestantes de las localidad Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolivar	--Ficha de caracterización en aplicativo Epinfo, listado de firmas, familiograma y reocmendaciones nutricionales
2	Registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	-se realiza diligenciamiento de la ficha de caracterizacion de gestantes	ficha de caracterizacion aplicativo Epiinfo
3	Identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad.	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
4	Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad.	-Se realizan 6 canalizaciones a usuario con barreras de acciones al servicio en salud o personas que requieren apoyo de programas sociales	Formato de canalizaciones, correo electronico, drive canalizaciones
5	Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato y productos a la Secretaria Distrital de Salud.	-No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
6	Realizar cruces de información para la verificación de los eventos abordados en la IEC de cada variable.	-No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
7	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	-Se asiste a reuniones de equipo SISVAN, reunion de induccion de lineamientos.	actas y listado de asistencia
8	Realizar acompañamiento técnica de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras UI y UPGD	-No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
9	Realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	-No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	-No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
10	Realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	-Se realizan el 100% de seguimientos telefonicos a menores de cinco años notificados al evento 113, se realiza 25 seguimiento telefonicos a menores de cinco años con riesgo de desnutricion aguda	-Formulario de seguimientos telefonicos
11	Asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	-Se asiste a reunion de SISVAN con Secretaria de salud	-Actas y listados de asistencia
13	Hacer uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud	-Se realiza uso adecuado de los equipos antropométricos asignados para las caracterizaciones	-Equipos antropometricos en buen estado
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	--No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado

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**	4195200
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	7987822796	-		
2025	**OCTUBRE**	**2025**	**10**	**21**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS**						
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	1678080	268493	400000
Salud		ALIANSALUD		209760	312500
ARL	3	SURA		40878	60900
Caja de Compensación	NO		**Total**	**519131**	773400
Tipo de pago		MES VENCIDO	1764191198 - Planilla Seguridad Social - 1013671899		

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24133836491

Copyright ©2025 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013671899
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN LIZETH GOMEZ CUITIVA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 1 NO.39-19	TELÉFONO:	2034776
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7987822796**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1866680993

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 400.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 400.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1	$ 312.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 312.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600135703	CCF21	CCF21-CAFAM	1	$ 50.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 50.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 60.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 60.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 823.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 823.400**

Planilla Pagada

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 **Ejecución del Contrato**
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	DOC-CTO-7512-2025.zip	DOC-CTO-7512-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Informe de Actividades Número 342976_Septiembre.pdf	Informe de Actividades Número 342976_Septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Informe de Actividades Número 347415_OCTUBRE.pdf	Informe de Actividades Número 347415_OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >