

**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: | 2025-11-30 |
| Nombre del Contratista: | CHARLY JERALDY SALGADO GRANADOS | | Número de Documento: | 1033788114 |
| Correo Electrónico: | sharol.salgado@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3105827116 |
| Nombre del Supervisor: | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código Grado: - 242-25 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|------|
| No. Contrato: | 7139-2025 | 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 | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| K33PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 184 | 0 | 22800 | \$4195200 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 4195200 | CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA 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 | |
| 2 | NOVIEMBRE | \$ 4195200 | |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 8390400 | \$ 8390400 | \$ 8390400 | \$ 0 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|--|---|---|
| 1 | 1. Elaborar plan de Acción del Perfil y garantizar la Seguridad de la información y Acceso a los aplicativos de prescripción social y activación de rutas | - Se realiza seguimiento al plan de Acción del Perfil de Psicología, se garantiza la Seguridad de la información y Acceso al aplicativo SIRC | - Plan de Acción, consentimiento informado y usuario SIRC |
| 2 | 2. Participar en la apropiación conceptual, asistencias Técnica y Mesas de Trabajo según convocatoria. | - Se participa en los espacios de apropiación conceptual, asistencias Técnica y Mesas de Trabajo, convocados por la líder del proceso y por la referente de la SDS. | - Actas y listados de asistencia |
| 3 | 3. Apoyar la micro gestión de prescripción social y activación de rutas. | - No se realizó en el periodo a certificar | - No se realizó en el periodo a certificar |
| 4 | 4. Medición de indicadores, hacer seguimiento y evaluación al avance de ejecución de plan de acción. | - Se realiza medición de indicadores, seguimiento y evaluación al avance de ejecución de plan de acción. | - Plan de Acción |
| 5 | 5. Apoyar las acciones de quien lidera, así como cualquier actividad de contingencia que la acción transversal Prescripción Social y Activación de rutas requiera. | - No se realizó en el periodo a certificar | - No se realizó en el periodo a certificar |
| 6 | 6. Participar en el entrenamiento en RIAS y Prescripción Social en Salud Mental que se convoquen desde el nivel central o desde la mesa PIC-PBS. | - Se participa en la mesa PIC-PBS. | - Acta y listado de asistencia |
| 7 | 7. Acompañamiento en terrero a generadores de canalizaciones de salud mental. | - Se realizan 4 acompañamientos en terrero: 2 generadores de canalizaciones de salud mental del equipo VSP de los subsistemas de Salud Mental y 2 a psicólogos de Equipos Mas Bienestar tu Hogar. | - Actas y listados de asistencia |
| 8 | 8. Acompañamiento en terrero a quienes responden las activaciones de rutas de Salud Mental en el Distrito Capital. | - Se realiza acompañamiento en terrero a quien responde canalizaciones de salud mental desde la Mesa PIC - PBS. | - Actas y listados de asistencia |
| 9 | 9. Realizar recepción, prevalidación y validación de canalizaciones para prescripción social y activaciones de rutas con énfasis en salud mental. | - Se realiza recepción, prevalidación y validación de canalizaciones para la activaciones de rutas con énfasis en salud mental. | - Anexo de Salud Mental - VSP |
| 10 | 10. Realizar recepción y validación de fallidos y no abordados | - Se realiza recepción y validación del cargue masivo y diario de fallidos y no abordados | - Anexo de Fallidos y No abordados |
| 11 | 11. Direccionamiento de Fallidos y no abordados por EAPB y Verificación de respuestas. | - Se realiza direccionamiento de Fallidos y no abordados por EAPB y Verificación de respuestas. | - Anexos EAPB y Envío de correo con el consolidado a SDS |
| 12 | 12. Verificar las respuestas, Realizar los cierres de canalizaciones según tiempos de gestión y solicitar ajustes pertinentes. | - Se verifican las respuestas, se realizan los cierres de canalizaciones según tiempos de gestión y se solicita ajustes pertinentes. | - Aplicativo SIRC |
| 13 | 13. Notificación incumplimiento de respuesta al anexo de fallidos y no abordados. | - Se realiza notificación de incumplimiento de respuesta al anexo de fallidos y no abordados. | - Envío de correo con el consolidado a SDS |
| 14 | 14. Responder novedades reportadas por la EPS con atributos de precisión, oportunidad, efectividad y pertinencia | - No se realizó en el periodo a certificar | - No se realizó en el periodo a certificar |
| 15 | 15. Notificación de ajustes instrumento de canalización. | - No se realizó en el periodo a certificar | - No se realizó en el periodo a certificar |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|---|--|--------------------------------|
| 16 | 16.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | - - Se da cumplimiento a otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales entre ellas procesos de induccion y reuniones convocadas por la lider. | - Acta y listado de asistencia |

| 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 | |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | OCTUBRE | 2025 | 11 | 22 | 1077440471 | - | \$ 4195200 | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | PORVENIR | \$ 1678080 | \$ 268493 | \$ 268500 |
| Salud | | | | | COMPENSAR | | \$ 209760 | \$ 209800 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | \$ 40878 | \$ 40900 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 487013 | \$ 519200 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DE BOGOTÁ | | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 174156315 | | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | CHARLY JERALDY SALGADO GRANADOS | | 2025-11-26 21:46:19 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | | 2025-11-27 19:49:04 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | | 2025-11-29 08:03:55 | | |
| 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 | | 2025-12-10 12:42:57 | | |

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



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-23, 12:03:41 AM Tipo Planilla | Número Planilla 1077440471
 Periodo Cotización 202510 Periodo Servicio 202510
 Cliente:

PAGADA 2025-11-22 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---------------------|---------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------|---|
| Razón Social | CHARLY JERALDY SALGADO GRANADOS | | | | |
| Documento | CC 1033788114 | Dirección | CR 13C #56 - 30 SUR | | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 9211760 | | |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. | | |
| Representante Legal | | Identificación | | | |

II. DATOS DEL AFILIADO

| | | | | | | | | | |
|----------------|---------------|----|-----------|-----------|---|---------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento | CC 1033788114 | | Residente | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | SALGADO GRANADOS CHARLY JERALDY | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | Riesgos | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|--------------|---------|---------|-----|----------|----------|----------|----------|------------|------------------|------------|------|------------------|------------------|-------------------|------------|------------------|------------|---------|--------------|--------------|------------|--------------|------------|---------|----------------|--------------|------------|---------|-------------|-------------|-------------|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | | | | VCT | IRP | Dias AFP | Dias EPS | Dias AFP | Dias CCF | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSFS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | | | | 16% | \$ 1.678.080 | \$ 268.500 | \$ 0 | \$ 0 | EPS008 | | 12,5% | \$ 1.678.080 | \$ 209.800 | \$ 0 | 14-11 | 3 | 2,436% | \$ 1.678.080 | \$ 40.900 | CCF24 | 0,6% | \$ 1.678.080 | \$ 10.100 | 0% | \$ 0 | 0% | \$ 0 |

IV. TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSFS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| \$ 268.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 209.800 | \$ 40.900 | \$ 10.100 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 529.300 |



Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

| | |
|--|--|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2025-11-22, 11:58:08 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | octubre de 2025 |
| Periodo de Cotización Para Salud | octubre de 2025 |
| Empresa | CHARLY JERALDY SALGADO GRANADOS |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 1033788114 |
| Código Sucursal (Nombre) | () |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1077440471 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 1948984192 |
| Banco | (1001) - BANCO DE BOGOTA |
| Valor | \$ 535.500 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|------------|--------|---|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | \$ 268.500 | \$ 3.100 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | \$ 209.800 | \$ 2.400 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | \$ 40.900 | \$ 500 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | \$ 10.100 | \$ 200 |

SubTotales: \$ 529.300 \$ 6.200
Total a Pagar: \$ 535.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder
de lo SIMPLE!



- 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](#)

Datos guardados

Cancelar

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 | |
|------------|-------------------|--|--------------------|---------------------------|-----------------------|--|
| Pago 001 | 1077440471 | 22 minutos de tiempo transcurrido (26/11/2025 9:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | - | 4.195.200 COP | Pendiente de registro | Borrar Registro Enviar |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|--|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| 7139 CTO-2025 OCTUBRE 2025.pdf (Archivado) | 7139 CTO-2025 OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| 7139 CTO-2025 OCTUBRE 2025.pdf (Archivado) | 7139 CTO-2025 OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de cobro Octubre CTO 7139 - 2025.pdf | Cuenta de cobro Octubre CTO 7139 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >