

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	I	20/11/2025	91316627	\$668.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	270.200	0		0		0	0	0	0	270.200	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	345.800	0	0	0	0	0	0		345.800	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	52.700				52.700	0	0	52.700			527	52.700	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	270.200	270.200
Pensión	1	345.800	345.800
Riesgos Laborales	1	52.700	52.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	668.700	668.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52425584	ANGELICA ESNEDA SARRIA MENA		CARRERA 63 No 22-45 torre 4 apto 603	8022570	angeliksarria@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	20/11/2025	91316627	\$668.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasom exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	RL	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	52425584	SARRIA MENA ANGELICA ESNEDA				57	0			N																	25-14	2.161.000	345.800	0	0	0	0	EPS017	2.161.000	270.200	14-11	2.161.000	3	52.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ SI ☒ 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		
☐	ENERO 2. angelica sarria mena..pdf	ENERO 2. angelica sarria mena..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO.ANGELICASARRIAMENA..pdf	FEBRERO.ANGELICASARRIAMENA..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO. ANGELICA SARRIA MENA F.pdf	MARZO. ANGELICA SARRIA MENA F.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL. ANGELICA SARRIA MENA..pdf	ABRIL. ANGELICA SARRIA MENA..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO.ANGELICA SARRIAMENA.pdf	MAYO.ANGELICA SARRIAMENA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Junio. angelica sarria mena.pdf	Junio. angelica sarria mena.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	conflictInteresesGenral_1753539812066_52425584.pdf	conflictInteresesGenral_1753539812066_52425584.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	declaracion rentas junio 2025.pdf	declaracion rentas junio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	hojaDeVida_1753578904806_52425584.pdf	hojaDeVida_1753578904806_52425584.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	REPORTE.zip	REPORTE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO.ANGELICASARRIAMENA.pdf	JULIO.ANGELICASARRIAMENA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO induccion y reinduccion.pdf	CERTIFICADO induccion y reinduccion.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INTEGRIDAD conflicto.pdf	INTEGRIDAD conflicto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	agosto. angelica sarria mena.pdf (Archivado)	agosto. angelica sarria mena.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO. ANGELICA SARRIA MENA.pdf	AGOSTO. ANGELICA SARRIA MENA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	septiembre. angelica sarria mena.pdf	septiembre. angelica sarria mena.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE- ANGELICA SARRIA MENA.pdf	OCTUBRE- ANGELICA SARRIA MENA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

	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:	ANGELICA ESNEDA SARRIA MENA		Número de Documento:	52425584	
Correo Electrónico:	angeliksarria@hotmail.com		Número Telefónico:	3108071859	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	- 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3554-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	27
Perfil:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
U08SA	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	ADMINISTRATIVA	\$5401440	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5401440	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-22		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-05	2025-12-31	1	\$ 18004800	1164
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 1800480	
2		FEBRERO		\$ 5401440	
3		MARZO		\$ 5401440	
4		ABRIL		\$ 5401440	
5		MAYO		\$ 5401440	

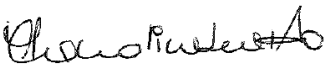
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
6	JUNIO	\$ 5401440	
7	JULIO	\$ 5401440	
8	AGOSTO	\$ 5401440	
9	SEPTIEMBRE	\$ 5401440	
10	OCTUBRE	\$ 5401440	
11	NOVIEMBRE	\$ 5401440	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SALDO DEL CONTRATO
\$ 43211520		\$ 61216320	\$ 55814880
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar actividades como profesional de la salud, de apoyo a la gestión en los procesos asistenciales de los servicios en las Unidades de Servicios de Salud, de acuerdo a designación del supervisor del contrato, con énfasis en Terapias Hospitalarias	Cumplir con el objeto del contrato, en coordinación con el supervisor de este y acorde con las necesidades de la subred sur E.S.E. ejecutar las obligaciones específicas acorde con los protocolos, guías, lineamientos, manuales que regulan su perfil	-Correos enviados, oficios elaborados
2	Articular las acciones administrativas y asistenciales para la adecuada prestación de los servicios en las unidades asignadas, con énfasis en Terapias Hospitalarias	-Cumplir con las necesidades administrativas y/o asistenciales según las necesidades del proceso	-Correos enviados, oficios elaborados
3	Apoyar la validación de la programación de turnos de los funcionarios y/o cronograma de actividades de contratistas	-Elaboración de la programación de las agendas de turnos y actividades de los profesionales mensualmente	-Entrega de agendas de turnos y actividades mensualmente
4	Apoyar en la supervisión y validación del funcionamiento del servicio en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia en los diferentes procesos, apoyándose en el registro de puntualidad, asistencia, control de permisos, vacaciones, entre otros.	-Realizar verificación y gestión de las necesidades que se presenten en el subproceso de rehabilitación	-Informes a dirección complementarios
5	Dar trámite y respuestas a los requerimientos, peticiones, quejas del servicio y de los procesos asignados	-Dar respuesta oportuna a los requerimientos necesarios	-Plataforma agilsalud, informes y correos
6	Realizar acompañamiento a los entes de control cuando sean requeridos de acuerdo con la pertinencia.	-Apoyar la atención de auditorías de los entes de control, presentando la información y/o soportes requeridos	-Actas y mesas de trabajo, informes, correos
7	Articular acciones para el cumplimiento de los indicadores de eficiencia, efectividad del servicio y/o proceso a cargo	-Realizar indicadores e informes de acuerdo con lo solicitado.	-Informes de gestión

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Apoyar la elaboración y velar por la implementación de los formatos, protocolos, guías, procedimientos de la Subred Sur y generar adherencia por parte del servicio y/o proceso a cargo, garantizando las normas universales de bioseguridad	-Apoyar con la realización de guías y protocolos, normalización socialización, capacitación y evaluación	-Formatos institucionales, actas y mesas de trabajo, correos
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Dar respuesta a las diferentes actividades o necesidades que requiera el servicio para el mejoramiento de la calidad	-Informe mensual

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados Mes Anterior	de el	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91316627	-			\$ 5401440
2025	OCTUBRE	2025	11	20					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2160576	\$ 345692	\$ 345800	
Salud					FAMISANAR		\$ 270072	\$ 270200	
ARL				3	SURA		\$ 52632	\$ 52700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 627042	\$ 668700	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870274620		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANGELICA ESNEDA SARRIA MENA		2025-11-26 15:09:13		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-11-26 15:34:42		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-12-01 01:46:59		
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 12:40:24		

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS