

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032656212	ALEIDA VALBUENA VERGARA		CRA 1 NO. 73B-16 SUR BRR DIANEY	7627617	yeyiz76@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	
2026-01	2026-01	I	07/01/2026	2995003	\$541.800	

**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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
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>541.800</b>	<b>541.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032656212	ALEIDA VALBUENA VERGARA		CRA 1 NO. 73B-16 SUR BRR DIANEY	7627617	yeyiz76@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	
2026-01	2026-01	I	07/01/2026	2995003	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	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	1032656212	VALBUENA VERGARA ALEIDA	59	0	N																			230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032656212	ALEIDA VALBUENA VERGARA		CRA 1 NO. 73B-16 SUR BRR DIANEY	7627617	yeyiz76@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	
2026-02	2026-02	I	13/02/2026	50975412	\$541.800	

**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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
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>541.800</b>	<b>541.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032656212	ALEIDA VALBUENA VERGARA		CRA 1 NO. 73B-16 SUR BRR DIANEY	7627617	yeyiz76@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	
2026-02	2026-02	I	13/02/2026	50975412	\$541.800	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CDR	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	1032656212	VALBUENA VERGARA ALEIDA		59	0		N																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	

# PAGADA

- 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

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"/> 1032656212.zip	1032656212.zip	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1445 -2026 DE ENERO.pdf	CTO 1445 -2026 DE ENERO.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá  
certifica que:

**ALEIDA VALBUENA VERGARA**  
C.C. 1032656212

participó en el curso virtual:

**ED - Enfoque diferencial en el servicio a la ciudadanía**

De febrero a abril de 2026  
Con una intensidad horaria de 80 horas  
Bogotá



**Salomé Valencia Aguirre**  
Asesora de despacho



SECRETARÍA DE  
**SALUD**





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.



La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.  
certifica que:

**ALEIDA VALBUENA VERGARA**

**1032656212**



Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

***ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL***

Con una intensidad horaria de 60 horas.

Para constancia se expide:

***21 de febrero de 2026***

 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.</b>	
<b>INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		
		

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-02-01	Hasta:	2026-02-28	
Nombre Contratista:	del	ALEIDA VALBUENA VERGARA	Número de Documento:	1032656212	
Correo Electrónico:		yeyiz76@hotmail.com	Número Telefónico:	3144481086	
Nombre Supervisor:	del	MARIO GARZON JARA	Cargo:	JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	
		JAIR		Código Grado:	- 230

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1445-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	111
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
002NN	OFICINA PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	USS NAZARETH	186	0	15112	\$2810832	97,2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2810832</b>	<b>DOS MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS</b>					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2026-01-15	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 1446150	
2	FEBRERO	\$ 2810832	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 16100470	\$ 16100470	\$ 4256982	\$ 11843488

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Apoyar la divulgación permanente de información de interés para los usuarios en salas de espera, relacionada con los derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha y demás contenidos definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., como estrategia de fortalecimiento del Servicio al Ciudadano	-Se socializa educación en charlas informativas a 100 usuarios según cronograma	-Se socializa educación en charlas informativas a 100 usuarios según cronograma
2 Apoyar en el agendamiento de los usuarios que requieran el servicio de ruta de la salud.	-Realizar Agendamiento de los usuarios que solicitan servicio de ruta de la salud	-Planilla preliminar
3 .Apoyar la aplicación, tabulación y consolidación de encuestas de satisfacción, de acuerdo con las metas definidas para la medición de la experiencia del usuario y su familia en los diferentes servicios de la institución donde se requiera, generando los insumos correspondientes para el análisis del proceso.	-Realizar encuestas de satisfacción a los usuarios y familia sobre los servicios de la unidad según meta establecida 22 usuarios Y 28 encuestas de encuestas	--22 encuestas de satisfacción
4 Registrar en el aplicativo SI CUENTANOS las sensibilizaciones a los usuarios.	-Registro de usuarios SIDMA 69 usuarios	-plataforma cuentanos bogota
5 .Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que guarden relación directa con el objeto, naturaleza y alcance del mismo.	-Desarrollar actividades asignadas por el supervisor del contrato ,relacionadas con el objetivo contractual apoyando procesos institucionales, realizando acciones necesarias para el adecuado cumplimiento	-planillas preliminares

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		\$ 2810832
2026	FEBRERO	2026	02	13	5097412	-
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras				DOS MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS		
Item	Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado		
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	\$ 280145	\$ 280200		
Salud		SALUDTOTAL	\$ 1750905	\$ 218900		
ARL	3	SURA	\$ 42652	\$ 42700		
Caja de Compensación	NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>		
INFORMACIÓN DE PAGO						
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	570009770178375
HISTÓRICO						
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA				
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALEIDA VALBUENA VERGARA	2026-02-23 09:11:50				
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIO JAIR GARZON JARA	2026-02-24 14:53:55				
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-02-27 13:47:48				
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DIA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-03-11 14:16:48				

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.



MARIO JAIR GARZON JARA  
JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y  
SERVICIO AL CIUDADANO  
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext.26017  
© Siasur - 2026