

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-03-01	Hasta:	2026-03-31
Nombre del Contratista:	SHARON JULIETH NARANJO CICUAIMIA		Número de Documento:	1026303083
Correo Electrónico:	naranjocicuamia@gmail.com		Número Telefónico:	3206388932
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	Cargo:	ENFERMERO	Código Grado: - 243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7482-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 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
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	40	26300	\$5891200	121.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5891200	CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-03			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-11-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-14	2026-01-09	1	\$ 5943800	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 15780000	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 4839200	448
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	OCTUBRE			\$ 4839200	
2	NOVIEMBRE			\$ 5943800	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3		DICIEMBRE		\$ 4681400	
4		ENERO		\$ 6259400	
5		FEBRERO		\$ 4839200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 9678400		\$ 36241400		\$ 26563000	\$ 9678400
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Realizar investigación epidemiológica de campo (iec) de eventos de interés en salud publica en salud mental	Al momento se llevan 36 IEC efectivas de las cuales 27 se encuentran completas en la carpeta, como pendiente de realizar 9 IEC para completar lo solicitado al mes las cuales son 36 y ese de meta final con adicionales, casos de los diferentes subsistema SISVECOS. Realización de IEC presencial y los seguimientos telefónicos del evento informado de acuerdo al lineamiento en vigencia, casos correspondientes al mes de marzo de 2026.		Se adjuntan soportes drive.	
2	Realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes.	Diligenciamiento de bases de control y actualización de casos en aplicativo, casos fallidos no facturados y casos facturados de los subsistemas SISVECOS.		Bases de control y actualización de datos aplicativos de cada subsistema.	
3	Registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	Diligenciamiento de bases de control, entrega de productos formato pdf y actualización de aplicativo con información correspondiente.		Diligenciamiento de bases de control de casos, entrega de productos formato pdf y actualización de aplicativo de información correspondiente.	
4	Identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad, reportando a los entes competentes.	Se realizan 36 canalizaciones y remisiones a entidades, de acuerdo con cada uno de los casos proporcionados y las necesidades de las familias abordadas, para los 36 casos efectivos.		Se realizan 36 canalizaciones y remisiones a entidades, de acuerdo	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	Al momento se llevan 36 canalizaciones, las cuales están distribuidas en localidades 16 Ciudad Bolívar, 2 Tunjuelito y 17 Usme.	Informe de notificación con soporte por correo electrónico.
6	Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	Se participará en la jornada de fortalecimiento del subsistema de Salud Mental la cual esta estipulada para el día 25 de marzo del 2026 frente a la solicitud de lineamiento para su cumplimiento.	Anexada en cronograma de actividades.
7	Realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable.	Se realiza cruce de información para la verificación de la información realizada en el IEC de cada variable, por medio de consulta de aplicativos de PAI, comprobados de derechos ADRES y solicitud de datos a las EAPB. y cargas correspondientes en aplicativo.	Correos electrónicos, enlace de asistencias y actas de reuniones y cargues a corde a cronograma.
8	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Se realizará participación en reunión del componente de Salud Mental programada para el día 13 de marzo, Así mismo como participación en reentrenamiento para canalizaciones y uso del portafolio de servicios brindado según cronograma de actividades.	Soporte anexo.
9	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	Se realizó envío de carpetas en pdf de acuerdo a Los criterios establecidos y diligenciamiento de las bases de control, junto con entrega de consentimientos informados y actualización en aplicativos correspondientes.	Carpetas en PDF organizadas por localidad y subsistema según criterio establecido.
10	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.	Esta actividad no se aplica en el periodo.	No aplica el periodo.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	Esta actividad no se aplica en el periodo.	No aplica el periodo.
12	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 realiza entrega de IEC cerrados a la fecha y ejecutados teniendo en cuenta el lineamiento establecido.	Diligenciamiento de bases de control de casos y entrega en pdf, entrega de consentimientos informados y actualización de base.
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 utilizan los insumos entregados por la sub red sur, de acuerdo a la planeación y Fines pertinentes. Y uso de vehículo acorde a tiempos establecidos en cronograma.	Se utilizan los insumos entregados por la sub red sur, de acuerdo a la planeación y Fines pertinentes.
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se anexa enlace a evidencia de los productos desarrollados y proyectados para el mes de febrero, repartidos por entrega semanal según meta.	Enlace a evidencia adjunta. https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/saludmentalvsp_subredsur_gov_co/IgAsA33-8AWZTK9sYRvBOWLZAYRfqMj812y5qjASh0ZV41k?e=P5Kc4q

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		\$ 4839200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	66654738	-			
2026	FEBRERO	2026	03	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1935680	\$ 309709	\$ 309800	
Salud					COMPENSAR		\$ 241960	\$ 242000	
ARL				3	SURA		\$ 47153	\$ 47200	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 561773	\$ 599000	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488419175093

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	2026-03-25 17:57:41
RECHAZADO SUPERVISOR	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2026-03-26 09:14:40
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	2026-03-26 09:45:30
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2026-03-26 10:20:20
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-03-26 16:41:14

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.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026303083	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	KR 5 ESTE 2A 09	3206388932	naranjocicuamia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66654738	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,935,680	\$637.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	242.000	0		0		0	0	0	0	242.000	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	309.800	0	0	0	0	0	0		309.800	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	47.200				47.200	0	0	47.200			472	47.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	38.800	0	0	38.800	1

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	242.000	242.000
Pensión	1	309.800	309.800
Riesgos Laborales	1	47.200	47.200
CCF	1	38.800	38.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	637.800	637.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026303083	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA		KR 5 ESTE 2A 09	3206388932	naranjocicuamia@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66654738	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,935,680	\$637.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SUN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1026303083	NARANJO CICUAMIA SHARON JULIETH			59	0			N							X									230201	1.935.680	30	309.800	0	0	0	0	EPS008	1.935.680	30	242.000	14-11	1.935.680	30	3	47.200	CCF24	1.935.680	30	38.800	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[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

<

Evalua

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

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		
☐	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2026 CTO7482-2025.pdf	CUENTA ENERO 2026 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	CUENTA FEBRERO 2026 CTO7482-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 CTO7482-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA.zip	HOJA DE VIDA.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

SjrDYIZzuF



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA

1026303083

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACION DEL RIESGO

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

marzo 9, 2026

Fecha inicio medición:

2026-02-27 07:00:00

Fecha fin medición:

2026-05-31 23:59:00

Encuesta diligenciada correctamente.

Usted ya ha diligenciado el instrumento
(**2026-03-24 11:25:40**), por lo tanto no
es necesario que vuelva a diligenciarlo.



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO
CIVIL DISTRITAL



Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, Bogotá - Colombia

Teléfono: [\(+57\) 601 368 1000](tel:+576013681000) **SOPORTE TÉCNICO**

E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co