

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

|                              |               |                               |                             |                                      |                      |   |        |
|------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------|---|--------|
| <b>Periodo a Certificar:</b> | <b>Desde:</b> | 2026-03-01                    | <b>Hasta:</b>               | 2026-03-31                           |                      |   |        |
| <b>Nombre Contratista:</b>   | del           | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ | <b>Número de Documento:</b> | 1024539837                           |                      |   |        |
| <b>Correo Electrónico:</b>   |               | cdamadom@unal.edu.co          | <b>Número Telefónico:</b>   | 3159271388                           |                      |   |        |
| <b>Nombre Supervisor:</b>    | del           | VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ    | <b>Cargo:</b>               | PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD | <b>Código Grado:</b> | - | 237-16 |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |  |                      |      |                              |      |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|------|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 7690-2025                                      | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 1678 |
| <b>Perfil:</b>                       | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 PIC                |                      |      |                              |      |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC |                      |      |                              |      |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS CANDELARIA LA NUEVA                        |                      |      |                              |      |

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

| Centro de Costos                    | Dirección                                | Unidad  | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--|---|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| K31PI                               | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA   | 184          | 8                        | 33300      | \$6393600 | 104.3%                         |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | <b>\$ 6393600</b>                        | <b>SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS</b> |              |                          |            |           |                                |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|                                     |                     |                          |                    |  |            |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b> | 2025-10-03          |                          |                    | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2025-11-30 |
| <b>No. Prorroga</b>                 | <b>Fecha Inicio</b> | <b>Fecha Terminación</b> | <b>No. Adición</b> | <b>Valor Adición</b>                             | <b>CDP</b> |
| 1                                   | 2025-11-14          | 2026-01-09               | 1                  | \$ 6393600                                       | 1889       |
| 2                                   | 2025-12-11          |                          | 2                  | \$ 266400  | 1889       |
| 3                                   | 2025-12-11          |                          | 3                  | \$ 266400  | 1889       |
| 4                                   | 2026-01-02          | 2026-03-31               | 4                  | \$ 18648000                                      | 3          |
| 5                                   | 2026-03-02          | 2026-04-30               | 5                  | \$ 6393600                                       | 448        |

| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>                     |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>                     | <b>Mes Cuenta de Cobro</b>  | <b>Valor a Pagar</b>  |  |
| 1  | OCTUBRE   | \$ 6127200  |  |
| 2  | NOVIEMBRE   | \$ 6393600  |  |
| 3  | DICIEMBRE   | \$ 6193800  |  |
| 4  | ENERO   | \$ 6593400  |  |
| 5  | FEBRERO   | \$ 6393600  |  |
| 6  | MARZO   | \$ 6393600  |  |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                              | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>   | <b>PAGOS REALIZADOS</b>   | <b>SALDO DEL CONTRATO</b>                        |
| \$ 12254400  | \$ 44222400   | \$ 38095200   | \$ 6127200                                       |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |   | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                       | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                      |
| 1  | Dar orientación asertiva o línea técnica para el adecuado desarrollo y con calidad de las actividades e intervenciones propias de la línea  | Se realiza el direccionamiento técnico de la línea al equipo de seguridad química a través de reunión mensual de equipo | Acta de reunión de la línea de seguridad química |
| 2  | Evaluar de manera trimestral las capacidades técnicas del equipo operativo, con el objetivo de definir acciones correctivas o de mejora.  | Se realiza la evaluación trimestral a los integrantes del equipo  | Evaluaciones calificadas y análisis respectivo   |
| 3  | Apoyar la documentación y seguimiento a los Planes de mejoramiento de conformidad con los hallazgos evidenciados en las acciones de seguimiento o evaluación de los equipos operativos.   | Actividad no aplica para el periodo   | Actividad no aplica para el periodo              |
| 4  | Asistir y participar en las reuniones definidas por la Secretaría Distrital de Salud –SDS, así como socializar a los equipos operativos los temas tratados y acuerdos. Participar en el análisis programático de las metas a Ejecutar, en el marco del convenio GSP PSPIC o adición correspondiente.  | Asignación de metas talento humano de la línea  | Acta de asignación de metas                      |
| 5  | Atender las asistencias técnicas y seguimientos que realicen los referentes técnicos de la Secretaría Distrital de Salud de la línea que lidera, así como al equipo de seguimiento de apoyo a la supervisión de convenios GSP PSPIC u otros requerimientos que se generen desde la SDS Mantener actualizado el plan de apropiación conceptual y práctica para la línea que lidera, con su respectiva metodología de implementación, seguimiento y evaluación. | No aplica para el periodo en mención  | No aplica para el periodo en mención             |

|    | <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>  | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>  | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                  |
|----|---|--|--|
| 6  | Realizar la implementación del plan de apropiación conceptual y práctica cada vez que ingrese un integrante al equipo de trabajo, así como cada vez que sea necesario al equipo operativo, la cual debe ser realizada de acuerdo con las modificaciones que tenga el convenio GSP PSPIC o de conformidad con las necesidades del talento humano y hallazgos identificados en los procesos de seguimiento y acompañamiento.  | No aplica para el periodo en mención   | No aplica para el periodo en mención         |
| 7  | Elaborar plan de acción a Ejecutar para Dar atención a todas las actividades requeridas en este documento, de acuerdo con las necesidades de la línea que lidera, teniendo en cuenta las solicitudes de SDS y con lo establecido en el convenio GSP PSPIC y sus adiciones.  | Plan de acción Línea de Seguridad Química, priorización y asignación de establecimientos a visitar                         | Acta de reunión y correo electrónico         |
| 8  | Asignar las actividades y metas mensuales a Ejecutar por cada persona del equipo operativo que hace parte de la línea que lidera, incluyendo la priorización de establecimientos a los cuales se les Realizara IVC, con enfoque de riesgo y a las necesidades de las localidades de su área de influencia, de acuerdo con el documento establecido por cada línea.  | Censo y asignación de establecimientos priorizados para intervención en el mes   | Correo electrónico con la base en Excel      |
| 9  | Socialización a todo el personal operativo de la línea que lidera, los lineamientos establecidos en el convenio GSP PSPIC, lo cual incluye los documentos que hacen parte de éstos como son fichas técnicas, anexos e instrumentos de captación, entre otros.   | No aplica para el periodo en mención   | No aplica para el periodo en mención         |
| 10 | Asegurar la adecuada Realizar recepción, validación y entrega oportuna de los instrumentos operativos para los procesos de digitación. Verificación y validación de la calidad del dato de la información consignada de manera mensual en los diferentes sistemas de información (SIVIGILA D.C y sus módulos, aplicativos y bases de datos, SIVICAP, incluyendo espacios libres de humo de tabaco y aerosoles), así como atender la convocatoria de la SDS para ajustes de inconsistencias definitivas. Adicionalmente, se debe Revisar, de manera aleatoria, que los formatos empleados para recopilar información sean diligenciados conforme con el lineamiento técnico y coincidan con los registros digitales en los diferentes sistemas de información. | Verificación de actividades de IVC realizadas en el periodo, se hace una comparación del físico vs lo digitado en SIVIGILA | Acta de revisión SIVIGILA                    |
| 11 | Para la línea de CASB se deberá Realizar informe cada tres meses vigencia año de las acciones de inspección, vigilancia y control a los establecimientos educativos distritales en formato establecido  | No aplica para la línea de seguridad química   | No aplica para la línea de seguridad química |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |   | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>  | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                              |
|--|---|--|--|
| 12   | Realizar seguimiento en campo a las actividades adelantadas en vigilancia rutinaria, intensificada y epidemiológica ambiental por el equipo operativo, este seguimiento debe corresponder a 40 horas mes por líder.   | Seguimiento en campo de las actividades realizadas por el talento humano donde se evidencian los hallazgos en cada una de las actividades realizadas, las cuales a su vez permiten adoptar los correctivos a fin de mejorar la calidad del trabajo | Formatos de seguimiento en campo y acta de socialización |
| 13   | Participar activamente en la planeación de establecimientos de alta   | Reunión de participación con la línea CASB de abordaje de establecimientos de alta complejidad   | Acta de reunión  |
| 14   | Articular las acciones de aseguramiento de cadenas productivas con los equipos de fortalecimiento de la estrategia de autorregulación. Adicionalmente, informar a los equipos de autorregulación el talento humano que ingresa para inducción en la estrategia.   | Reunión con profesionales de la estrategia de autorregulación del mes  | Acta de reunión  |
| 15   | Dar respuesta oportuna ante intervenciones de atención inmediata, requeridas por nivel central, principalmente en las que se requiera la intervención de varias líneas. Así mismo seguir las indicaciones dadas por la SDS en los requerimientos escritos.  | No aplica para el periodo  | No aplica para el periodo                                |
| 16   | Consolidar y entregar los informes requeridos por SDS, de manera completa y oportuna. Preparar y organizar información y presentaciones, participar en las unidades de análisis convocadas u otros espacios por la SDS.   | No aplica para el periodo  | No aplica para el periodo                                |
| 17   | Para las acciones de vigilancia epidemiológica deberá Realizar la revisión, observaciones, ajustes o aportes técnicos a los documentos generados, previo a la entrega a la SDS en los tiempos establecidos. Para la línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico, se deberá enviar con periodicidad trimestral año calendario, la información requerida por la Secretaría Distrital de Salud para elaborar los mapas de georreferenciación de las intervenciones de manejo integral de vectores en exteriores mostrando los polígonos intervenidos. | Seguimiento Vigilancia en salud ambiental de la exposición y efectos relacionados con sustancias químicas  | Actas de reunión   |
| 18   | Elaborar el boletín anual, (año calendario), de acuerdo con la estructura establecida por la SDS, el cual se debe remitir por oficio, durante el mes de febrero de cada año calendario.   | Actividad no aplica para el periodo en mención   | Actividad no aplica para el periodo en mención           |
| 19   | Aportar en la Realizar la elaboración de los informes de seguimiento a la ejecución de los convenios GPS – PSPIC, de acuerdo con la estructura y frecuencia establecida.  | Matriz 8141 e informe de junta directiva   | Correo electrónico con archivos relacionados             |
| 20   | Dar respuesta a las peticiones de usuarios, entidades y SDS de manera integral y articula con las diferentes líneas operativas de intervención, en los casos en que la situación notificada así lo requiera   | Respuesta oportuna a peticiones, solicitudes y quejas recibidas durante el mes, como derechos de petición y solicitudes desde el aplicativo  | Correo electrónico y base drive de derechos de petición  |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |   | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>  | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>  |
|--|---|--|--|
| 21   | Participar en los espacios donde se posicionen temas de salud ambiental, realizando el seguimiento a los acuerdos y compromisos establecidos.   | No aplica en el periodo  | No aplica en el periodo  |
| 22   | Dar cumplimiento con la entrega del cronograma de actividades de los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y ambiental y otros.   | Cronograma de actividades del mes  | Cronograma compartido en el drive                                  |
| 23   | Formular y Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del coordinador de vigilancia en salud ambiental, y por el líder operativo. | No aplica para el periodo  | No aplica para el periodo  |
| 24   | Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.   | Las actas se mantienen organizadas en carpetas mientras son auditadas por el equipo de seguimiento para luego ser entregadas al archivo cumpliendo con la gestión documental | Actas organizadas en carpetas para su posterior entrega al archivo |

| 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 | \$ 6393600     |           |
| AÑO  | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA     |  |                            |  |                |           |
| 2026   | FEBRERO               | 2026          | 03             | 11      | 66840357   | -                          |  |                |           |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras  |                       |               |                |         | SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS |                            |  |                |           |
| Item   |                       |               |                |         | Entidades Aportantes a Seguridad Social                        | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado |           |
| Pensionado   |                       |               |                |         | NO   | PORVENIR                   | \$ 2557440                                       | \$ 409190      | \$ 409500 |
| Salud  |                       |               |                |         |  | COMPENSAR                  |  | \$ 319680      | \$ 320000 |
| ARL  |                       |               |                |         | 3  | SURA                       |  | \$ 62299       | \$ 62400  |
| Caja de Compensación   |                       |               |                |         | NO   |                            | <b>Total</b>                                     | \$ 742220      | \$ 791900 |
| INFORMACIÓN DE PAGO  |                       |               |                |         |  |                            |  |                |           |
| Entidad Bancaria   | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número Cuenta  | de                         | 570007770329519                                  |                |           |
| HISTÓRICO  |                       |               |                |         |  |                            |  |                |           |
| OBSERVACIÓN  |                       |               |                |         | USUARIO  |                            | FECHA  |                |           |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  |                       |               |                |         | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ                                  |                            | 2026-03-25 17:50:59                              |                |           |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN   |                       |               |                |         | VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ                                     |                            | 2026-03-26 12:36:54                              |                |           |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN  |                       |               |                |         | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                      |                            | 2026-03-26 16:40:41                              |                |           |
| 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                                 |                            | 2026-04-13 16:42:27                              |                |           |

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.



**VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ**  
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                               |                    |                      |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-------------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                     | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 1024539837        | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ |        | CL 55 SUR 24C 85 IN 12 AP 301 | 6012664245         | cdamadom@unal.edu.co |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                  | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA               | I - Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.                  | BOGOTÁ, D.C.       |                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 66840357        | 11/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                           | I               | \$2,557,440              | \$843.200          |              |

**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 | 319.700                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1         | 300                   | 0              | 320.000       | 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 |  |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 409.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 1         | 300                   | 0              | 409.500       | 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 | 62.300                 |                  |       |                        | 62.300                | 1         | 100                   | 62.400              |                            |                     | 623               | 62.400        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |  |  |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|--|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |  |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 51.200       | 1         | 100               | 51.300        | 1             |  |  |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 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                              | 319.700                             | 320.000        |
| Pensión                | 1                              | 409.200                             | 409.500        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 62.300                              | 62.400         |
| CCF                    | 1                              | 51.200                              | 51.300         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>4</b>                       | <b>842.400</b>                      | <b>843.200</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                               |                    |                      |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-------------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                     | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 1024539837        | CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ |        | CL 55 SUR 24C 85 IN 12 AP 301 | 6012664245         | cdamadom@unal.edu.co |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                  | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA               | I - Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.                  | BOGOTÁ, D.C.       |                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 66840357        | 11/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                           | I               | \$2,557,440              | \$843.200          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                 |                               |  |  |                       |          |            |                 |           |     |     |     |     |     |         |    |    |     |       |     |     |                   |     |            |           |         |         |            |                     |                      |                                |                                 |           |         |         |                        |           |         |      |                 |            |            |         |        |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|--|-----------------------|----------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|----|----|-----|-------|-----|-----|-------------------|-----|------------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|---------|------------------------|-----------|---------|------|-----------------|------------|------------|---------|--------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                               |  |  | INFORMACIÓN NOVEDADES |          |            |                 |           |     |     |     |     |     | PENSIÓN |    |    |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |     |            |           | CCF     |         |            | PARAFISCALES        |                      |                                |                                 |           |         |         |                        |           |         |      |                 |            |            |         |        |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres           |  |  | Cotizante             | Subleigo | Extranjero | Colom. anterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP     | VP | SN | ICE | LMA   | VAC | APP | VCT               | IRL | CORRECCIÓN | 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 | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC 1024539837                   | AMADO MARTINEZ CRISTIAN DAVID |  |  | 59                    | 0        |            |                 | N         |     |     |     |     |     |         |    |    |     |       |     |     |                   |     | 230301     | 2.557.440 | 30      | 409.200 | 0          | 0                   | 0                    | 0                              | EPS008                          | 2.557.440 | 30      | 319.700 | 14-11                  | 2.557.440 | 30      | 3    | 62.300          | CCF24      | 2.557.440  | 30      | 51.200 | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           |            |

# PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**1 [Información general](#)

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

2 [Condiciones](#)**VER CONTRATO**3 [Bienes y servicios](#)**Ejecución del Contrato**4 [Documentos del Proveedor](#) Porcentaje  Recepción de artículos5 [Documentos del contrato](#)**Plan de Pagos**6 [Información presupuestal](#)¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No7 **Ejecución del Contrato****Id de pago** **Número de factura** **Fecha de emisión** **Fecha de recepción** **Valor total de la factura** **Estado**8 [Modificaciones del Contrato](#)*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*9 [Incumplimientos](#)

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

|                          | Descripción  | Nombre del archivo                                 | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|--|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 CTO 7690 - 2025.pdf   | CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 CTO 7690 - 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 CTO 7690 - 2025.pdf | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 CTO 7690 - 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 CTO 7690 - 2025.pdf | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 CTO 7690 - 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO ENERO 2026 CTO 7690 - 2025.pdf     | CUENTA DE COBRO ENERO 2026 CTO 7690 - 2025.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 CTO 7690 - 2025.pdf   | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 CTO 7690 - 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | HOJA DE VIDA.rar                                   | HOJA DE VIDA.rar                                   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



qos4SRrHxy



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

**CRISTIAN DAVID AMADO MARTINEZ**

**1024539837**

---

**Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:**

**ADMINISTRACION DEL RIESGO**

**con una intensidad horaria de 08 horas.**

**Para constancia se expide:**

**25 de marzo de 2026**

# MEDICIÓN **DISTRITAL** de CLIMA LABORAL Y AMBIENTE ORGANIZACIONAL 2026

Con tu participación podemos identificar fortalezas y oportunidades de mejora en cada entidad, además los resultados orientarán decisiones para fortalecer el bienestar, la motivación y la confianza organizacional.

Confidencial, virtual y toma solo 15 a 20 minutos.

**DEL 2 DE MARZO AL 29 DE MAYO [DETALLES AQUÍ](#)**



BOGOTÁ

FOTO: WWW.BENESTAR.CO

Este enlace está dirigido a las personas contratistas vinculadas a las entidades y organismos del Distrito Capital y corresponde a la medición distrital de clima laboral y ambiente organizacional 2026, un ejercicio institucional que permite conocer la percepción sobre las condiciones de trabajo, las relaciones laborales, la comunicación, el acompañamiento institucional y el entorno organizacional. Su propósito es generar información confiable que oriente la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejora a nivel institucional y distrital, en el marco de la Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano. La información recolectada es confidencial, se analiza de forma agregada y contribuye al fortalecimiento del bienestar, la calidad de vida laboral y la gestión pública en el Distrito Capital.

**Fecha inicio medición:** 2026-02-27 07:00:00      **Fecha fin medición:** 2026-05-31 23:59:00



Usted ya ha diligenciado el instrumento (2026-03-25 17:28:27), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.