| Informe de Actividades No. 01 | |
|---|---|
| **Contratista:** | MANUELA VASQUEZ TRUJILLO |
| **Cédula:** | 1007303009 |
| **Contrato No.** | 81-2026 |
| **Objeto:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS) SEGÚN RESOLUCION 710 DEL 24 DE ABRIL DEL 2025 PARA EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FRESNO TOLIMA |
| Plazo de Ejecución: | 141 DIAS |
| **Periodo Reportado:** | 26 DE ENERO DE 2026 AL 25 DE FEBRERO DE 2026 |

**ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA**

1. Coordine el equipo básico de salud 06 en la planeación, ejecución y reporte de actividades en terreno
2. Realice reunión con líderes comunitarios y presidentes de junta para dar apertura, seguimiento a la estrategia de APS
3. Verifique de datos y actualización de registros en SIHOS, incluyendo busqueda activa de pacientes no registrados en el sistema.
4. Elabore cartografía de micro territorio Las marias, con georreferenciación de viviendas y población
5. Ejecute planes y acciones de informacion educación y comunicación en salud. orientadas a la promoción de hábitos saludables
6. Acompañe en territorio en el proceso de identificación del riesgo (caracterización) del EBS de la meta establecida con el coordinador de APS
7. Participe en actividades de monitoreo y evaluación de la estrategia APS conforme a los lineamientos del hospital.
8. Realice plan de trabajo del EBS06.

**Anexos:** Se adjunta copia del comprobante de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, Fondo de Pensiones y ARL, correspondientes del 26 al 31 del mes de ENERO de **2026.**

**Evidencias:** Correo institucional, Plataformas habilitadas para reporte de información, envío de informes, respuestas a oficios y requerimientos de entes internos y externos.

- Actas de asistencia a reuniones y capacitaciones.
- Informes entregados a las diferentes áreas según requerimiento
- Registro Fotográfico
- Listas de asistencia de jefes
- Formatos de informes debidamente diligenciados, con las actividades realizadas.

VIGILADO Supersalud




| | |
|---|---|
| MANUELA VASQUEZ TRUJILLO | Manuela Vasquez T. |
| **Nombre del Contratista** | **Firma** |
| JUAN CAMILO MORENO BETANCOURT | |
| **Nombre del Coordinador** | **Firma** |

Nota: *Corresponde al Contratista relacionar las actividades ejecutadas acorde a las obligaciones y productos que constituyen el objeto del contrato*




VIGILADO Supersalud

compensar miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 100730 009 | MANUEL A. VASQUEZ TRUJILLO | | Cra 8 #1 56 | 1188312778 | manuel.vasquez@ucm.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | Independiente | | | TOLIMA | LPESNO | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | 1 | 10/02/2026 | 489 5116 | $165 900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Codigo 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702 2 | 66 700 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 300 | 0 | 67 000 | 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 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004 7 | 85 400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 400 | 0 | 85 800 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 13 000 | | | | 13 000 | 6 | 100 | 13 100 | | | 130 | 13 100 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Codigo 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 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 6 | 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 | 66 700 | 67 000 |
| Pensión | 1 | 85 400 | 85 800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 13 000 | 13 100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 165 100 | 165 900 |

compensar miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



## DATOS DEL APORTANTE

| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C C | 1007 [illegible]009 | MANUELA VASQUEZ TRUJILLO | | Cra 8 #1 58 | 3188312778 | manuela.vasquez@ucm.edu.co | |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CODIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | TOLIMA | ERI SNO | | NO |

## DATOS DE LA PLANILLA

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| **PERIODO SALUD** | **PERIODO PENSIONES** | | | | **TOTAL A PAGAR** | |
| 2026-01 | 2026-01 | 1 | 10/02/2026 | 48025116 | $165.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | |