

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1033734979
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SORANLLY ALDANA CAMARGO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 12 # 5 37	TELÉFONO: 6315945
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6011447538	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 218533489

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 280.200
SUBTOTAL:				1	\$ 280.200
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 218.900
SUBTOTAL:				1	\$ 218.900
CAJA DE COMPENSACIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 35.100
SUBTOTAL:				1	\$ 35.100
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 42.700
SUBTOTAL:				1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 576.900
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 576.900



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

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"/> DOC-CTO-7223-2025.zip	DOC-CTO-7223-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO OCTUBRE - CTO 7223-2025.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE -CTO 7223-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE - CTO 7223-2025.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE - CTO 7223-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO -7223-2025.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO -7223-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ENERO CTO 7223-2026.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO CTO 7223-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO 7223- 2026.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 7223- 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Hoja de vida.zip	Hoja de vida.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> AD 2 PS 7223 2025.pdf	AD 2 PS 7223 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO CTO 7223- 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO CTO 7223- 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-04-01	Hasta:	2026-04-30
Nombre del Contratista:	SORANLLY ALDANA CAMARGO		Número de Documento:	1033734979
Correo Electrónico:	aldanacamargosoranlly@gmail.com		Número Telefónico:	3178337224
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	Código Grado: - 237-15

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7223-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	TECNICO 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	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	16200	\$2980800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2980800	DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-02			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	\$ 2980800	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 8942400	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 729000	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 2980800	803
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	OCTUBRE	\$ 2980800
2	NOVIEMBRE	\$ 2980800
3	DICIEMBRE	\$ 2219400
4	ENERO	\$ 1490400
5	FEBRERO	\$ 2980800
6	MARZO	\$ 2980800
7	ABRIL	\$ 2980800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5961600	\$ 21594600	\$ 18613800	\$ 2980800

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar sesiones de concertación con instituciones educativas	-Realizar Actas concertación en instituciones educativas con el fin de promover practicas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud bucal desde temprana edad, localidad ciudad bolivar tunjuelito y usme	-Acta y registro de asistencia
2	Realizar acompañamiento y seguimiento telefónico a padres, madres y cuidadores	-Brindar educación información y comunicación sobre como fue el abordaje con los escolares en las instituciones educativas , estado dental y fortalecimiento de los buenos habitos de higiene bucal	--Informe requerido
3	Realizar activación de RIAS en salud y seguimiento a las canalizaciones	-Brindar educación información y comunicación , indagar sobre el proceso de activacion de ruta	--Actas y demas informes requeridos
4	Ejecutar sesiones educativas colectivas con escolares de identificación, sensibilización y evaluación de apropiación de la técnica del cepillado.	-Realizar 53 secciones individuales y colectivas , con el fin de pormover practicas adecuadas de higiene oral de forma lúdica con material pedagógico y ayudas visuales , explicación de la técnica a adecuada de higiene bucal	-Ficha de higiene bucal
5	Asistir a mesas operativas y de equipo funcional de Salud Oral	-Asistir a reuniones programadas desde nivel central o por la líder del espacio	-Acta y listado de asistencia
6	Asistir a unidades de análisis convocadas por VSP-SISVESO	-Asistir a reuniones programadas desde nivel central o por la líder del espacio	-Acta y listados de asistencia
7	Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Informar cualquier eventualidad que pueda intervenir en el desarrollo del proceso	-Diligenciamiento del formato de higiene bucal
8	Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Registrar la información recolectada en los respectivos formatos con calidad	-Actas e informes requeridos
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Asistir a reuniones programadas desde nivel central o por la líder del espacio	-Acta y listados de asistencia

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 2980800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	MARZO	2026	04	13	6011447538	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud					EPS SURA		\$ 218863	\$ 218900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 541800
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	000570122978	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					SORANLLY CAMARGO ALDANA		2026-04-18 12:14:23	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ		2026-04-20 22:11:20	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-04-21 14:18:34	
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		2026-05-11 17:07:47	

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.



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15