Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-04-01	**Hasta:**	2026-04-30	
Nombre del Contratista:	CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO		**Número de Documento:**	53139914	
Correo Electrónico:	claudiavasquez1806@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142020126	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7176-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	TECNOLOGO				
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
K28PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	40	17900	$4009600	121.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4009600**	**CUATRO MILLONES NUEVE MIL SEISCIENTOS 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	$ 3293600	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 10310400	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 3293600	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	$ 4009600	803
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	OCTUBRE	$ 3293600
2	NOVIEMBRE	$ 3293600
3	DICIEMBRE	$ 3186200
4	ENERO	$ 3830600
5	FEBRERO	$ 3293600
6	MARZO	$ 3293600
7	ABRIL	$ 4009600

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6587200	**$ 27494400**	**$ 24200800**	**$ 3293600**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar intervencion a Intervenir enIntervenir en Grupos socioeducativos para el bienestar de trabajadores y trabajadoras en la economía informal	-No se realiza la actividad en el periodo certificado	-No aplica
2	2. Realizar Participar en Jornadas para el bienestar y cuidado de los trabajadores informales	-Jornada para trabajadores de alta permanencia en calle	-Formato Sesiones Colectivas
3	3. Reallizar Realizar Caracterización de las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto	-Caracterización 17 Utis de Mediano impacto, Caracterización 10 Utis de Bajo Impacto Localidad Ciudad Bolivar	-Formato Utis
4	4. BrinDar BrinDar Asesoría para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No aplica
5	5. BrinDar BrinDar Asesoría de monitoreo en las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No aplica
6	6. BrinDar BrinDar Asesoría de seguimiento para unidades de trabajo informal intervenidas en vigencias anteriores	-5 utis de seguimiento a la continuidad Localidad Ciudad Bolivar	-Formato Utis
7	7. RealizarRealizar Implementación de las asesorías en el producto de conectividad nocturna	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No aplica
8	8. Realizar Realizar Implementación Jornada Conexión nocturna: Bienestar, trabajo y cuidado	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No aplica
9	9. Hacesr Realizar Seguimiento y monitoreo de los establecimientos de conectividad nocturna	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No aplica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Realizar Realizar Caracterización de las condiciones de salud y trabajo de los niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil	-31 caracterizaciones de casos Trabajo Infantil Localidad Ciudad Bolivar	-Formato Trabajo Infantil
11	11. BrinDar Brindar Brindar Asesoría para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal de alto impacto en la ruralidad cercana	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No aplica
12	12. Reazliar Realizar Caracterización de las condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal de alto impacto en la ruralidad cercana	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No aplica
13	13.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Cronograma de actividades, Plan operativo, Asistencias Tecnicas	-Formato cronograma, Tablero indicadores, Listados de asistencia

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	8369275893	-		$ 3293600
2026	MARZO	2026	04	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES DOSCIENTOS 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	PROTECCIÓN	$ 1750905	$ 280145	**$ 281400**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 218863	**$ 219800**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 544100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	89578132

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO	2026-04-28 16:35:11
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-04-30 10:17:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-04-30 11:03:13
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 15:27:11

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.

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

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

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		
	AD 2 PS 7176 2025.pdf	AD 2 PS 7176 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	CUENTA OCTUBRE CTO 7176-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 7176-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7176-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7176-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DICIEMBRE CTO 7176 2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 7176 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA ENERO 2026 CTO 7176 2025.pdf	CUENTA ENERO 2026 CTO 7176 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA FEBRERO 2026 CTO 7176 2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 CTO 7176 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	HOJA DE VIDA.zip	HOJA DE VIDA.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MARZO 2026 CTO 7176 2025.pdf	CUENTA MARZO 2026 CTO 7176 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO
No. Identificación: CC53139914
Dirección: CLL 55 A SUR 66 63 VILLA DEL RIO
Telefono: 8019601
Correo: claudiavasquez1806@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8369275893

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO
Tipo y número de identificación	CC53139914
Número de planilla	8369275893
Fecha pago	2026-04-13
Número de autorización pago	9948553
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2026
Número de Administradoras	4
Total Pagado	579400
Total Intereses de Mora	2500

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42900	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	281400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	35300	1
EPS008	Compensar EPS	219800	1

8369275893

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53139914
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA LILIANA VASQUEZ HENAO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	1750905	1750905	1750905	1750905	218900	0	280200	0	42700	35100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información