

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1034324649	ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE		CALLE 7 SUR # 92-51 MZ 6 LOTE 2 CIUDAD	3194022988	anat.ramirez2015@gmail.com
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
		71220719	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$576.900	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1034324649	ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE		CALLE 7 SUR # 92-51 MZ 6 LOTE 2 CIUDAD	3194022988	anat.ramirez2015@gmail.com
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
		71220719	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$576.900	

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	USP	SN	ISE	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 1034324649	RAMIREZ ESCALANTE ANA TERESA			59	0																		230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0	

PAGADA

Sub x PSE x PLA x Rec x USA x TUI x 1.PI x CRC x Trar x MIF x 712 x 712 x +

mail.google.com/mail/u/0/#inbox/WhctKLcDsfRqLRqVJsmmMhsfjNwslFXGkFLgSldCf5NscWmmXSQtBcDw5FWBbRdcBrqdcdb

Finalizar actualización

Gmail

Buscar correo

1 de 16.091

Redactar

Recibidos 12.735

Destacados

Pospuestos

Enviados

Borradores 48

Compras 19

Más

Etiquetas +

¡Hola, ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 576.900

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 12/04/2026

CUS: 218172945

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Responder Reenviar

Cambiar a plan su... →

13°C Lluvia suave 9:59 p. m. 12/04/2026

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"/>	ARL SURA 1034324649 CTO 7860-2025.pdf	ARL SURA 1034324649 CTO 7860-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 7860 2025.pdf	PS 7860 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	AD 2 PS 7860 2025.pdf	AD 2 PS 7860 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO 7860.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO 7860.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	HOJA DE VIDA.zip	HOJA DE VIDA.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
	SOPORTES.pdf (Archivado)	SOPORTES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO -7860 - 2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO -7860 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA- NOVIEMBRE 2025 - CTO 7860- 2025.pdf	CUENTA- NOVIEMBRE 2025 - CTO 7860- 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA - DICIEMBRE 2025 CTO 7860-2025.pdf	CUENTA - DICIEMBRE 2025 CTO 7860-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA ENERO 2026 CTO 7860 2025.pdf	CUENTA ENERO 2026 CTO 7860 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO MARZO 2026 - CTO 7860 - 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2026 - CTO 7860 - 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 Certificar:	a	Desde:	2026-04-01	Hasta:	2026-04-30
Nombre Contratista:	del	ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE		Número de Documento:	1034324649
Correo Electrónico:	ANAT.RAMIREZ2015@GMAIL.COM			Número Telefónico:	3194022988
Nombre Supervisor:	del	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	Código Grado: - 237-15

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7860-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	22800	\$4195200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4195200	CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-09			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	\$ 5034240	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 12585600	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 4195200	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 4195200	803
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
1		OCTUBRE	\$ 4195200	
2		NOVIEMBRE	\$ 4195200	
3		DICIEMBRE	\$ 4058400	
4		ENERO	\$ 4332000	
5		FEBRERO	\$ 4195200	
6		MARZO	\$ 4195200	
7		ABRIL	\$ 4195200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7551360		\$ 33561600	\$ 29366400	\$ 4195200
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Apoyar en la implementación de sesiones socioeducativas, con grupos, organizaciones y demás formas de expresión en los diferentes entornos y procesos al interior de la implementación del PSPIC. Realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, y Realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, sífilis y hepatitis B con resultado positivo.	---Se realiza un abordaje integral en 44 sesiones en la dimensión de materno peri-natal donde se brinda educación en hábitos de vida saludable, prevención, promoción y mantenimiento de la salud	--formatos de asistencia de cada sección	
2	Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.	identificación del riesgo dando como respuesta mediante canalización	generando formato de canalización o notificación de evento identificado	
3	Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios	- - Se realizan canalizaciones, según necesidad de la comunidad para su abordaje integral.	-Formato de canalización	
4	Realizar asesoría individual en hábitos de vida saludable, actividad física, alimentación saludable según criterios de tamización en talla, peso, medidas antropométricas y medidas tensionales	toma de tamizajes que corresponda según riesgo identificado	dejar relacionado en drive, llamar a 123 y realizar canalización y notificación según se4a necesario	
5	Realizar acciones de promoción de la salud mental, la convivencia y la prevención de diferentes formas de violencia, promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.	brindar asesorías sobre los diferentes ofertas de servicios orientar sobre el tema a tratar brindar promoción en salud fortalecer estilos de vida	generando centro de escucha de asesoría según el tema realizar formato de canalización y notificación	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Apoyar en la canalización a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	---Se realizan canalizaciones, según necesidad de la comunidad para su abordaje integral	- - ----Formato de canalización--Formato de canalización
7	Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	---ofrecer portafolio de servicios y gestionar según las necesidades detectadas	-----portafolio de servicios
8	Mantener adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-----Realizar gestión documental según corresponde a los productos realizados	--Gestión documental
9	Realizar productos para precrítica y preauditoría. 10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Participación a jornadas, reuniones, asistencias técnicas y demás actividades dispuestas desde la Subred Sur acorde a la necesidad	- ----Listados de asistencia y demás soportes que se programan.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior	\$ 4195200	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	MARZO	2026	04	13	71220719	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS 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						COMPENSAR EPS		\$ 218863	\$ 218900
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación					SI	COMPENSAR	Total	\$ 508148	\$ 541800
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	488444666629	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA	TERESA	RAMIREZ	2026-04-19 00:22:10	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA	TERESA	RAMIREZ	2026-04-21 08:21:18	
RECHAZADO SUPERVISOR					HELDA	JANETH	ESCOBAR JIMENEZ	2026-04-21 19:40:44	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA	TERESA	RAMIREZ	2026-04-21 20:44:28	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA	TERESA	RAMIREZ	2026-04-21 21:04:44	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HELDA	JANETH	ESCOBAR JIMENEZ	2026-04-22 13:28:38	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA	CAMILA	DIAZ ZAMUDIO	2026-04-24 20:45:36	
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 15:24:56	

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