

**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>              | 2026-04-01    | <b>Hasta:</b>                           | 2026-04-30             |
| <b>Nombre del Contratista:</b> | JOVANNE ANGELICA NIÑO NIÑO |               | <b>Número de Documento:</b>             | 51808125               |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | jovenarica@gmail.com       |               | <b>Número Telefónico:</b>               | 3114733664             |
| <b>Nombre del Supervisor:</b>  | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA   | <b>Cargo:</b> | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | <b>Código Grado:</b> - |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |  |                      |      |                              |      |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|------|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 7801-2025                                      | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 1678 |
| <b>Perfil:</b>                       | PROFESIONAL ESPECIALIZADO II- 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 |
|-------------------------------------|--|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| K33PI                               | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA  | 184          | 0                        | 36900      | \$6789600 | 100%                           |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | <b>\$ 6789600</b>                        | <b>SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE 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                  | \$ 6789600                                       | 1889       |
| 2  | 2026-01-02                 | 2026-03-31               | 2                  | \$ 20368800                                      | 3          |
| 3  | 2026-03-02                 | 2026-04-30               | 3                  | \$ 6789600                                       | 448        |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> |                          |                    | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | OCTUBRE                    |                          |                    | \$ 6789600                                       |            |
| 2  | NOVIEMBRE                  |                          |                    | \$ 6789600                                       |            |

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

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |           |            |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| 3                                   | DICIEMBRE | \$ 6568200 |
| 4                                   | ENERO     | \$ 7011000 |
| 5                                   | FEBRERO   | \$ 6789600 |
| 6                                   | MARZO     | \$ 6789600 |
| 7                                   | ABRIL     | \$ 6789600 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 13579200                | \$ 47527200              | \$ 47527200      | \$ 0               |

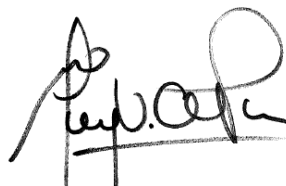
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN  | PRODUCTO O EVIDENCIA   |  |
|---|---|--|--|
| 1   | 1. Realizar la gestión administrativa de la implementación como líder de la ruta salud mental y cohorte asignada.     | -Se realiza organizacion de las acciones de respuesta a las canalizaciones de Equipos mas bienestar y las EAPBs Capital salud Famisanar y Coosalud con seguimiento a los diferentes casos Se asiste a reuniones de las alcaldías locales de Tunjelito y Ciudad Bolivar para gestionar apoyo a Centro de Escucha y articular acciones en respuesta a las necesidades de salud mental y spa Asistencia reunion con Capital salud para revision del uso de los Rips en atencion ambulatoria Envio de base de ordenamiento a EAPB Capital salud Seguimiento casos de conducta suicida Induccion a psicologas nuevas Reunion con facturacion y mercadeo para organizacion de parametrizacione acciones salud mental Fortalecimiento a grupo de base comunitaria en ruta de salud mental y prevencion de suicidio envio de base de ordenamiento EAPB capital salud Asistencia a reunion de rutas | -Actas y listas de asistencia            |
| 2   | 2. Elaborar documentos e informes que se requieran desde la subred sur o instituciones solicitantes.                  | -Se envia informe de Violencias para POA institucional y presentacion de la ruta trimestral e indicadores circular 008   | -Pantallazo de envio de informe y almera |
| 3   | 3. Monitorear tablero de mando unificado de indicadores.  | -Envio informe tablero de seguimiento ruta salud mental  | -Pantallazo del correo                   |
| 4   | 4. Participar en las reuniones de equipos de cabecera y equipo directivo.   | -asistencia a reunion de equipo base y reunion subgerencia   | -Lista de asistencia                     |
| 5   | 5. Hacer seguimiento al cumplimiento del plan de implementación de la ruta salud mental y/o cohorte asignada.         | -Se hace actualizacion del plan de implementacion y se actualiza la base de la cohorte a marzo 2026  | -Plan de implementacion actualizado      |
| 6   | 6. Implementar herramienta de sistematización de la información en cada una de las unidades.                          | -Envio base de riesgo de salud mental por cada unidad de atencion  | -Base enviada por correo                 |
| 7   | 7. Hacer seguimiento al cumplimiento del portafolio de actividades de la cohorte asignada en cada unidad de atención. | -Base de seguimiento ruta salud mental con unidades de atencion  | -Base remitida por correo                |
| 8   | 8. Dar respuesta a las auditorias establecidas por los diferentes entes.  | -Se realiza respuesta a solicitud de Super Intendencia de salud  | -Respuesta enviada por correo            |

| <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>                          |
|--|--|---|--|
| 9  | 9. Hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento establecidos.                     | -Se organizan soporte para entrega a Capital Salud cierre de plan de mejora       | -Soportes organizados y entregados                   |
| 10   | 10.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -No se realizaron tareas adicionales para el periodo                              | -No se realizaron tareas adicionales para el periodo |

| 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 | \$ 6789600       |
| AÑO  | MES                   | AÑO           | MES | DÍA                                     |   |                             |  |                  |
| 2026   | MARZO                 | 2026          | 03  | 13                                      | 9500085120  | -                           |  |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras  |                       |               |     |   | SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS |                             |  |                  |
| Item   |                       |               |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización                                      | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado                                   |                  |
| Pensionado   |                       |               |     | NO                                      | COLFONDOS   | \$ 2715840                  | \$ 434534  | \$ 465200        |
| Salud  |                       |               |     |   | COMPENSAR EPS   |                             | \$ 339480  | \$ 340000        |
| ARL  |                       |               |     | 3                                       | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.                             |                             | \$ 66158   | \$ 66300         |
| Caja de Compensación   |                       |               |     | SI                                      | COMPENSAR   | <b>Total</b>                | <b>\$ 788191</b>                                 | <b>\$ 871500</b> |
| INFORMACIÓN DE PAGO  |                       |               |     |   |   |                             |  |                  |
| Entidad Bancaria   | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta                          | AHORROS   | Número de Cuenta            | 4570035768                                       |                  |
| HISTÓRICO  |                       |               |     |   |   |                             |  |                  |
| OBSERVACIÓN  |                       |               |     |   | USUARIO   |                             | FECHA  |                  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  |                       |               |     |   | JOVANNE ANGELICA NIÑO NIÑO                                      |                             | 2026-04-23 16:27:44                              |                  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN   |                       |               |     |   | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA  |                             | 2026-04-23 16:32:20                              |                  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN  |                       |               |     |   | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                       |                             | 2026-04-28 12:29:27                              |                  |
| 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 15:07:24                              |                  |

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.



**LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA**  
DIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                            |                 |                    |                           |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|----------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social               | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                 | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 51808125                   |    | NIÑO NIÑO JOVANNE ANGELICA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CL 134 B 10 B 40 APTO 203 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3114733664 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor     |
| 2026-03                           | 2026-03 | 138270629 | 9500085120 | I        | 2026/04/09 | 2026/03/13 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$895,900 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                   |                      |              |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |             |          |         |      |             |          |              |     |        |
|--|----------------------|--------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|----------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO   |                      |              | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |             |          | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.  | Identificación       | Nombres      | Codigo  | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC         | Aporte   | Codigo  | Días | IBC         | Aporte   | Días         | IBC | Aporte |
| <b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>          |                      |              |         |      | \$2,720,000 | \$435,200 |        |      | \$2,720,000 | \$340,000 |        |      | \$2,720,000 | \$54,400 |         |      | \$2,720,000 | \$66,300 |              | \$0 | \$0    |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b> |                      |              |         |      | \$2,720,000 | \$435,200 |        |      | \$2,720,000 | \$340,000 |        |      | \$2,720,000 | \$54,400 |         |      | \$2,720,000 | \$66,300 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)   |                      |              |         |      | \$2,720,000 | \$435,200 |        |      | \$2,720,000 | \$340,000 |        |      | \$2,720,000 | \$54,400 |         |      | \$2,720,000 | \$66,300 |              | \$0 | \$0    |
| 1  | CC 51808125          | NIÑO JOVANNE | 25-14   | 30   | \$2,720,000 | \$435,200 | EPS008 | 30   | \$2,720,000 | \$340,000 | CCF24  | 30   | \$2,720,000 | \$54,400 | 14-11   | 30   | \$2,720,000 | \$66,300 | 30           | \$0 | \$0    |
| <b>Total</b>                                       | <b>Afiliados( 1)</b> |              |         |      | \$2,720,000 | \$435,200 |        |      | \$2,720,000 | \$340,000 |        |      | \$2,720,000 | \$54,400 |         |      | \$2,720,000 | \$66,300 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                            |                 |                    |                           |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|----------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social               | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                 | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 51808125                   |    | NIÑO NIÑO JOVANNE ANGELICA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CL 134 B 10 B 40 APTO 203 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3114733664 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor     |
| 2026-03                           | 2026-03 | 138270629 | 9500085120 | I        | 2026/04/09 | 2026/03/13 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$895,900 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$435,200        | \$0            | \$0                    | \$435,200        |  |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$435,200        | \$0            | \$0                    | \$435,200        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$66,300         | \$0            | \$0                    | \$66,300         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$66,300         | \$0            | \$0                    | \$66,300         |  |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$54,400         | \$0            | \$0                    | \$54,400         |  |
| COMPENSAR                | CCF24  | 860,066,942 | 7  | 1         | \$54,400         | \$0            | \$0                    | \$54,400         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$340,000        | \$0            | \$0                    | \$340,000        |  |
| COMPENSAR                | EPS008 | 860,066,942 | 7  | 1         | \$340,000        | \$0            | \$0                    | \$340,000        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$895,900</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$895,900</b> |  |

# SECOF MARZO 2026

SIASUR - Búsqueda | Ver Informe de Actividad | Cuenta de Cobro - Subred Integra | secop 2 acceso - Búsqueda | Editar

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.15872551

Documentos del contrato

información presupuestal

**Ejecución del Contrato**

Modificaciones del Contrato

Incumplimientos

### 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                       |   |
|------------|-------------------|---|--------------------|---------------------------|------------------------------|---|
| Pago 001   | 001               | 26/11/2025 9:43:00 AM (UTC-05:00)<br><small>Bogotá, Lima, Quito</small>                                   | -                  | 6.789.600 COP             | Enviado a la Entidad Estatal | <a href="#">Detalle</a>                                   |
| Pago 002   | 002               | 11/12/2025 12:00:00 AM (UTC-05:00)<br><small>Bogotá, Lima, Quito</small>                                  | -                  | 6.789.600 COP             | Enviado a la Entidad Estatal | <a href="#">Detalle</a>                                   |
| Pago 003   | 003               | 19/01/2026 11:28:00 PM (UTC-05:00)<br><small>Bogotá, Lima, Quito</small>                                  | -                  | 6.568.200 COP             | Enviado a la Entidad Estatal | <a href="#">Detalle</a>                                   |
| Pago 004   | 004               | 21/02/2026 8:36:00 PM (UTC-05:00)<br><small>Bogotá, Lima, Quito</small>                                   | -                  | 7.011.000 COP             | Enviado a la Entidad Estatal | <a href="#">Detalle</a>                                   |
| Pago 005   | 005               | 12 horas de tiempo transcurrido<br><small>(19/04/2026 8:31:00 AM) (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito</small> | -                  | 6.789.600 COP             | Pendiente de registro        | <a href="#">Signar Registro</a><br><a href="#">Enviar</a> |

[Crear](#)

### Documentos de ejecución del contrato

| Descripción  | Nombre del archivo                      | Cargado por |                           |                         |
|--|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> CTA COBRO OCTUBRE CTO 7801-25.pdf       | CTA COBRO OCTUBRE CTO 7801-25.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTACOBRO NOVIEMBRE CTO 7801-25.pdf   | CUENTACOBRO NOVIEMBRE CTO 7801-25.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CTA COBRO DIC CTO 7801-2025.pdf         | CTA COBRO DIC CTO 7801-2025.pdf         | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CTA ENERO CTO 7801-2025.pdf             | CTA ENERO CTO 7801-2025.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 7801 2025.pdf                        | PS 7801 2025.pdf                        | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> AD 2 PS 7801 2025.pdf                   | AD 2 PS 7801 2025.pdf                   | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> hojaDeVida_51808125.pdf                 | hojaDeVida_51808125.pdf                 | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3. DIPLOMAS Y ACTAS PRE Y POSGRADO.pdf  | 3. DIPLOMAS Y ACTAS PRE Y POSGRADO.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA COBRO FEBRERO-26 CTO 7801-25.pdf | CUENTA COBRO FEBRERO-26 CTO 7801-25.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA COBRO MARZO-26 CTO 7801-25.pdf   | CUENTA COBRO MARZO-26 CTO 7801-25.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

16°C Parc. soleado | Buscar | ESP LAA | 8:36 p. m. 19/04/2026