

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-31
Nombre del Contratista:	VIVIANA CAROLINA GAMBOA FORERO		Número de Documento:	53007409
Correo Electrónico:	VICAGAFO@GMAIL.COM		Número Telefónico:	3173036816
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7260-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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	Procentaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	29800	\$5483200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5483200	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-03			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	\$ 5483200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 16449600	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 5483200	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 8344000	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 5483200	1045

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	OCTUBRE	\$ 5483200
2	NOVIEMBRE	\$ 5483200
3	DICIEMBRE	\$ 5304400
4	ENERO	\$ 5662000
5	FEBRERO	\$ 5483200
6	MARZO	\$ 6913600
7	ABRIL	\$ 6824200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10966400	\$ 52209600	\$ 41153800	\$ 11055800

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar sesión de acercamiento y concertación	-1 sesiones de concertación para la mitigación de eventos prioritarios en salud mental colectivas en la comunidad educativa.	-Acta de acercamiento y concertación - Entorno Educativo.
2	Realizar Sesiones socioeducativas con estudiantes.	-36 sesiones socioeducativas /colectivas para la mitigación de eventos prioritarios en salud mental en la comunidad educativa.	-Formatos de sesiones colectivas - Entorno Educativo.
3	Realizar sesiones educativas con docentes	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.
4	Realizar Sesiones educativas individuales dirigidas a estudiantes, padres, madres, cuidadores y docentes.	-15 sesiones educativas individuales para la mitigación de eventos prioritarios en salud mental en la comunidad educativa.	-Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental, - Entorno Educativo.
5	Realizar Sesiones educativas masivas	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.
6	Diligenciamiento prest y post de docentes	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.	-Actividad no se realizó para el periodo a certificar.
7	Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Diligenciamiento y entrega de calidad, oportunidad y veracidad de los soportes. 53 sesiones entre individuales y colectivas. Y demás informes, drive y matrices solicitadas.	-Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental, y formatos de sesiones colectivas - Entorno Educativo.
8	Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Elaboración y entrega de informes solicitados con referencia a las 53 sesiones educativas individuales y colectivas del periodo a certificar.	-Formatos de gestión del riesgo para eventos prioritarios en salud mental, y formatos de sesiones colectivas - Entorno Educativo. Y demás solicitados.

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	\$ 6824200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	06	80752574	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras				SEIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 2729680	\$ 436749	\$ 436800
Salud					EPS SURA		\$ 341210	\$ 341300
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 66495	\$ 66600
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 792208	\$ 844700

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	570004870294438

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VIVIANA CAROLINA GAMBOA FORERO	2026-05-20 21:41:34
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-05-25 12:32:24
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-05-28 12:49:56

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53007409	VIVIANA CAROLINA GAMBOA FORERO		CARRERA19FN71B13S UR	7901321	vicagafo@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
		80752574	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$844.700	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	341.300	0		0		0	0	0	0	341.300	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
231001	Colfondos	800227940-6	436.800	0	0	0	0	0	0		436.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	66.600				66.600	0	0	66.600			666	66.600	1

TOTALES CAJAS												
Código 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	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	341.300	341.300
Pensión	1	436.800	436.800
Riesgos Laborales	1	66.600	66.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	844.700	844.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53007409	VIVIANA CAROLINA GAMBOA FORERO		CARRERA19FN71B13S UR	7901321	vicagafo@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
		80752574	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$844.700	

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	Calom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCION	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 53007409	GAMBOA FORERO VIVIANA CAROLINA		59	0			N																231001	2.730.000	30	436.800	0	0	0	0	EPS010	2.730.000	30	341.300	14-11	2.730.000	30	3	66.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- 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

< Eval

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	
Pago 001	351123	27/11/2025 8:35:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.483.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	346980	27/11/2025 8:46:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.483.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	355829	16/12/2025 9:16:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.304.400 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	370872	26/01/2026 10:01:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.662.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	385264	3/03/2026 11:07:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.483.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 006	394262	27/03/2026 11:58:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	6.913.600 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 007	398911	4 minutos de tiempo transcurrido (6/05/2026 9:57:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	6.824.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025-CTO 7260-2025.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025-CTO 7260-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025-CTO 7260-2025.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025-CTO 7260-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 7260-2025.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 7260-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ENERO CTO 7260-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO CTO 7260-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO 7260-2025.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO 7260-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1. TITULO CONTRATADO POR LA SUBRED SUR.pdf (Archivado)	1. TITULO CONTRATADO POR LA SUBRED SUR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2. HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf (Archivado)	2. HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA.zip	HOJA DE VIDA.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO CTO 7260-2025.pdf	CUENTA MARZO CTO 7260-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

AD 2 PS 7260 2025.pdf

AD 2 PS 7260 2025.pdf

Comprador

[Descargar](#)

[Detalle](#)

CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 7260-2025.pdf

CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 7260-2025.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.
¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios