

	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:	MARIA CECILIA GONZALEZ GONZALEZ		Número de Documento:	53039256	
Correo Electrónico:	cecilia2384mica@gmail.com		Número Telefónico:	3006889574	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7190-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 PIC				
Dirección a la que Pertenecer:	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
K28PI	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		2025-10-02		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	\$ 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	\$ 5483200	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	\$ 5483200	
7	ABRIL	\$ 5483200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10966400	\$ 49348800	\$ 38382400	\$ 10966400
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Realizar Caracterización de las unidades de trabajo informal de alto impacto	No se realizan segun meta asignada	No aplica para la meta
2	2. Brindar Asesoría para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal de alto impacto	Se realiza 11 primer acompañamiento y 11 segundo acompañamiento en la localidad de ciudad bolívar 5 primer acompañamientos 37 segundo acompañamientos y 16 tercer acompañamientos en la localidad de Usme en unidades de trabajo informal de alto impacto	Diligenciamiento de formatos de caracterización Entorno cuidador laboral
3	3. Brindar Asesoría en salud para trabajadores y trabajadoras en empresas del sector formal	-No aplica para mis funciones asignadas	-No aplica para la meta
4	4. Realizar Caracterización de las unidades de trabajo informal de alto impacto en ruralidad cercana	-No aplica para mis funciones asignadas	-No aplica para la meta
5	5 Brindar Asesoría para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal de alto impacto en ruralidad cercana	-No aplica para mis funciones asignadas	-No aplica para la meta
6	6.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales."	Se asiste a las reuniones programadas por el Entono cuidador laboral durante el mes de forma virtual y presencial Se asisten a las asistencias técnicas programadas a nivel central jornadas distritales	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	1081217156	-		\$ 5483200
2026	ABRIL	2026	05	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2193280	\$ 350925	\$ 403400
Salud					EPS SÁNTITAS		\$ 274160	\$ 315100
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 53428	\$ 61500
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 636534	\$ 780000
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	67317326146	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARIA CECILIA GONZALEZ GONZALEZ		2026-05-20 21:44:12	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2026-05-27 15:10:57	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-05-28 12:49:40	

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD



BOGOTÁ

PIMS

PLAN INTEGRAL DE
MOVILIDAD SOSTENIBLE

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

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-12, 09:32:42 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1081217156
Periodo Cotización 202604 Periodo Servicio 202604
Cliente:

PAGADA 2026-05-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA CECILIA GONZALEZ GONZALEZ						
Documento	CC 53039256			Dirección	CL 53A SUR #37 A - 39		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	6630790		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53039256		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					GONZALEZ GONZALEZ MARIA CECILIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 403.400	\$ 0	\$ 0	\$ 315.100	\$ 61.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

