

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022412902	FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA		KR 66A 12A-22	4402630	peraltafabio876@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84026069	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$580.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	9	1.500	0	220.400	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	9	1.900	0	282.100	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	9	300	43.000			427	43.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	35.100	9	300
									Total a Pagar
									35.400
									No. Afiliados
									1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	220.400
Pensión	1	280.200	282.100
Riesgos Laborales	1	42.700	43.000
CCF	1	35.100	35.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	580.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022412902	FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA		KR 66A 12A-22	4402630	peraltafabio876@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84026069	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$580.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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	Aporte	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1022412902	PERALTA BAUTISTA FABIO LEONARDO	59	0			N															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	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	



Test de Conocimiento – Registro de Inatenciones en Citas Médicas

Se registró tu respuesta.

[Ver la puntuación](#)

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. -
[Comunicarse con el propietario del formulario](#) -
[Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios

	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:	FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA		Número de Documento:	1022412902
Correo Electrónico:	peraltafabio876@gmail.com		Número Telefónico:	3202436825
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1820-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	279
Perfil:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
L02VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	180	26	12305	\$2534830	110.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2534830	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-01-27		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-05-15		1	\$ 1747310	1082
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 2953200	
2		MARZO		\$ 2830150	
3		ABRIL		\$ 2608660	
4		MAYO		\$ 2534830	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 11862020		\$ 13609330		\$ 10926840	\$ 2682490
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1.Prestar apoyo a los procesos asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., durante los periodos de disponibilidad definidos en la propuesta presentada, conforme a las necesidades del servicio.	Prestar servicios como transcriptor en el servicio de ecografía de Ginecología y Obstetricia / Ecografía general, de acuerdo a programación de actividades bajo protocolos y procedimientos institucionales según necesidades del servicio en el mes		-Programación de actividades	
2	2. Desarrollar actividades de apoyo administrativo a los profesionales del área de imagenología, actuando con autonomía técnica y operativa, y en observancia de las guías, manuales y protocolos propios del subproceso.	-Se realiza registro diario de excel para fines de estadística del mes.		-Base de Excel del mes	
3	3. Efectuar la transcripción de los reportes de imagenología, asegurando la fidelidad y veracidad de la información dictada por el médico radiólogo.	--Redactar adecuadamente cada reporte teniendo en cuenta el tipo de examen y el paciente a quien se realiza del mes.		-Sistema de información dinámica gerencial	
4	4. Verificar que los reportes de imagenología queden incorporados en la historia clínica del paciente, una vez hayan sido validados por el médico radiólogo correspondiente.	-Realizado el reporte de ecografía con visto bueno del profesional, se ingresa al sistema Dinámica Gerencial en el mes.		-Sistema de información dinámica gerencial	
5	5. Aplicar los manuales, guías, protocolos y procedimientos establecidos para cada proceso, con el fin de contribuir al cumplimiento de los estándares de calidad definidos para el servicio.	-Tenga en cuenta la preparación requerida para la toma de cada ecografía del mes.		Sistema de información dinámica gerencial	
6	6. Elaborar, presentar y efectuar seguimiento a los informes que se requieran en desarrollo del objeto contractual.	--Realizar los informes de ecografía en el tiempo establecido del examen en el mes.		-Entrega de resultados	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Registrar de manera sistemática la información diaria de los estudios realizados por el especialista, conforme a los lineamientos establecidos por la entidad.	-Ingresar los pacientes diariamente en la base de excel del mes. .	--Base de Excel
8	8. Ejecutar las demás actividades inherentes al perfil contratado que aporten al fortalecimiento de los procesos misionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-De acuerdo a programación de actividades bajo protocolos y procedimientos institucionales según las necesidades del servicio en el mes.	Base de Excel

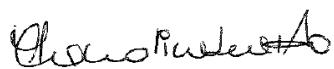
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	76532735	-		\$ 2608660
2026	ABRIL	2026	05	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTAPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 281500
Salud					FAMISANAR		\$ 218863	\$ 219900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42900
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 544300

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	7271113040

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA	2026-05-21 09:13:51
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-05-24 20:26:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-05-25 14:07:12
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-05-28 17:07:55
RECHAZADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-05-28 17:08:39
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA	2026-05-28 17:17:25
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-05-28 17:27:16
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-05-29 22:41:38
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	2026-06-12 01:17:13

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



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS