

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033767241		CORTES RAMIREZ NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 bis no 63-43 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3053116737	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300679215	9503586143	I	2026/05/12	2026/05/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$541,800

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>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	1033767241	CORTES NATALY	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033767241		CORTES RAMIREZ NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 bis no 63-43 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3053116737	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300679215	9503586143	I	2026/05/12	2026/05/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$541,800</b>	



**¡Hola, Nataly cortes !**

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 541.800

**Empresa:** APORTES EN LINEA

**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave: 9503586143

**Fecha de la transacción:** 11/05/2026

**CUS:** 300679215

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

- 📱 Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- 🔍 No abras enlaces sospechosos.
- 🔑 Cambia tus contraseñas con regularidad.
- 🖱️ Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- 🔒 Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



**Para mayor información comunícate con nosotros:**

- 📞 En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
- 🌐 Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA  
ACH COLOMBIA S.A.



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

- 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

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	
Pago 001	002	20/01/2026 6:50:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	2.980.800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>
Pago 002	003	22/02/2026 5:41:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	2.980.800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>
Pago 003	004	21/03/2026 8:21:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	2.980.800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>
Pago 004	005	19/04/2026 7:36:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	2.980.800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>
Pago 005	006	10 minutos de tiempo transcurrido (20/05/2026 6:29:00 PM UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	2.980.800 COP	Enviado a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 7585 2025.pdf	PS 7585 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> AD 2 PS 7585 2025.pdf	AD 2 PS 7585 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> AD 3 PS 7585 2025.pdf	AD 3 PS 7585 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO-7585-ABRIL-2026- NATALY CORTES.pdf.pdf	CTO-7585-ABRIL-2026- NATALY CORTES.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> DIPLOMA TECNICO EN SALUD PUBLICA.pdf	DIPLOMA TECNICO EN SALUD PUBLICA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA SIDEAP NATALY CORTES.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP NATALY CORTES.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO-7585-FEBRERO-2026- NATALY CORTES.pdf	CTO-7585-FEBRERO-2026- NATALY CORTES.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO-7585-MARZO-2026- NATALY CORTES.pdf	CTO-7585-MARZO-2026- NATALY CORTES.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> NOVIEMBRE SOPORTES.pdf (Archivado)	NOVIEMBRE SOPORTES.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> SOPORTES.pdf (Archivado)	SOPORTES.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1764367798 - Planilla Seguridad Social - 1033767241 N.pdf (Archivado)	1764367798 - Planilla Seguridad Social - 1033767241 N.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Cuenta de cobro octubre CTO - 7585 - 2025.pdf	Cuenta de cobro octubre CTO - 7585 - 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Cuenta de cobro Noviembre CTO - 7585 - 2025.pdf	Cuenta de cobro Noviembre CTO - 7585 - 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> cuenta de cobro Diciembre CTO - 7585 - 2025.pdf	cuenta de cobro Diciembre CTO - 7585 - 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> cuenta de cobro Enero CTO - 7585 - 2026.pdf	cuenta de cobro Enero CTO - 7585 - 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

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 registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

El formulario se creó en Bogotá es TIC.  
¿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**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2026-05-01	<b>Hasta:</b>	2026-05-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	NATALY CORTES RAMIREZ		<b>Número de Documento:</b>	1033767241
<b>Correo Electrónico:</b>	cortesnataly89@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3217046592
<b>Nombre del Supervisor:</b>	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	<b>Código Grado:</b> - 242-25

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	7585-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	1678
<b>Perfil:</b>	TECNICO 1 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	16200	\$2980800	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2980800</b>	<b>DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-10-02			<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	\$ 2980800	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 8942400	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 2980800	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 2980800	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 2980800	1045

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>		
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>
1	OCTUBRE	\$ 2980800
2	NOVIEMBRE	\$ 2980800
3	DICIEMBRE	\$ 2883600
4	ENERO	\$ 3078000
5	FEBRERO	\$ 2980800
6	MARZO	\$ 2980800
7	ABRIL	\$ 2980800
8	MAYO	\$ 2980800

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
<b>\$ 5961600</b>	<b>\$ 26827200</b>	<b>\$ 23846400</b>	<b>\$ 2980800</b>

<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>
1 Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad	Llevar a cabo esta tarea de manera efectiva es importante mantener actualizado un calendario detallado con las fechas de las vacunaciones programadas verificar la disponibilidad de las vacunas necesarias coordinar con los equipos de salud para la logística de distribución y aplicación de las vacunas y monitorear constantemente el progreso y los resultados obtenidos	presentar informes detallados que muestren el cumplimiento de las metas establecidas el registro de las vacunas aplicadas
2 Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte3. Realizar procedimiento de vacunación teniendo en cuenta los 10 correctos para el proceso de administración verificando antecedentes vacunales y evitando errores programáticos en el momento de la administración.	Registro detallado del SIS en terreno con previa verificación en los aplicativos como pai distrital o pai web	Formato SIS
3 Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.	Registro detallado del SIS en terreno, con previa verificación en los aplicativos, como pai distrital o pai web	Formato SIS
4 Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización.	Correcto diligenciamiento de mapas de la zona, formularios de censo, dispositivos de registro, identificar correctamente las áreas, para la recopilación de datos y visita de cada vivienda	verificar calidad del dato ingresado y corregir posibles errores Formatos completos con evidencia del trabajo realizado.
5 Revisar y consoliDar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS, localidad y Subred, verificando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas validado por el equipo de sistemas de información.	Correcto diligenciamiento de los formatos dados como actas y SIS teniendo en cuenta la calidad del dato y corregir posibles errores	Formatos completos con evidencia del trabajo realizado.

<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>
6	Registrar en físico o digital, según programación, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio.	Correcto diligenciamiento de formatos dados, para la previa información del usuario, con sus datos personales teniendo en cuenta la calidad del dato y corrigiendo posibles errores	Formatos completos con evidencia del trabajo realizado.
7	Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred	Correcto agendamiento de usuarios para su respectiva vacuna y respectivo diligenciamiento en bases de datos.	Evidencias en bases de datos de agendamiento
8	Realizar las entregas y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos a las IPS públicas y privadas, garantizando las condiciones técnicas y logísticas para la adecuada entrega de los mismos.	Correcto diligenciamiento de bases de hojas de temperatura para su respectiva valoración por la encargada profesional	Formato Hoja de temperatura
9	Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS.	Llevar a cabo esta tarea con profesional encargado con su respectiva valoración.	Informes debidamente diligenciados del respectivo informe de vacunación.
10	Consolidar y hacer seguimiento al reporte de control de fechas de vencimiento de medicamentos inmunobiológicos por fabricación, ventana de uso y/o disponibilidad en el Programa Permanente y Covid-19 de la Subred.	La actividad no se ejecuta para el mes actual.	La actividad no se ejecuta para el mes actual.
11	Realizar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS	La actividad no se ejecuta para el mes actual.	La actividad no se ejecuta para el mes actual.
12	Realizar seguimiento a la operación de los vehículos para la entrega de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos.	La actividad no se ejecuta para el mes actual.	La actividad no se ejecuta para el mes actual.
13	Realizar el 100% de arquezos a la modalidad de extramural de la Subred y a las IPS que presenten diferencias en los arquezos reportados por el profesional intramural.	La actividad no se ejecuta para el mes actual.	La actividad no se ejecuta para el mes actual.
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Asistir a las reuniones convocadas.	Formato de asistencia debidamente diligenciado.

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	\$ 2980800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	12	9503586143	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras				DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS 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					EPS SÁNTITAS		\$ 218863	\$ 218900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 541800</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550488436315656

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NATALY CORTES RAMIREZ	2026-05-20 19:16:30
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-05-26 14:13:03
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-05-27 07:58:08
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 05:33:41

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**