

**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>	SANDRA MILENA SANCHEZ ALVARADO		<b>Número de Documento:</b>	53004712
<b>Correo Electrónico:</b>	Sandramisaal@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3118651483
<b>Nombre del Supervisor:</b>	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	<b>Código Grado:</b> - 237-15

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	7232-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	1678
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	22800	\$4195200	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 4195200</b>	<b>CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS 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	\$ 4195200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 12585600	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 4195200	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 7113600	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 4195200	1045

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	OCTUBRE	\$ 4195200
2	NOVIEMBRE	\$ 4195200
3	DICIEMBRE	\$ 4058400
4	ENERO	\$ 4332000
5	FEBRERO	\$ 4195200
6	MARZO	\$ 5928000
7	ABRIL	\$ 5358000
8	MAYO	\$ 4195200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8390400	\$ 40675200	\$ 36457200	\$ 4218000

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Realizar procesos de concertación.	-Se realizan procesos de concertación	-acta y envió correo electrónico
2 Realizar procesos de reuniones, seguimiento y gestión del pacto por el bienestar y demás procesos de gestión.	-Se realiza procesos de reuniones, seguimiento y gestión del pacto por el bienestar	-correo electrónico y actas de seguimiento, se asiste el día 15/05/2026 a socialización en la SDS del código dorado
3 Realizar correos de gestión de bases de aseguramiento	-Durante este periodo no se realiza esta actividad por ley de habeas data	-no se realiza durante el periodo a certificar
4 Organizar Directorio de Universidades e IETDH de la respectiva Subred.	-Se organiza directorio universidades e instituciones de la sub red sur	-drive de información
5 Realizar Sistematización de servicios, programas actividades de la Subred.	-Se inicia sistematización de servicios de salud publica sub red sur	-drive de información
6 Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas	-Se entrega de manera oportuna los soportes y productos según indicaciones técnicas	-ficha de sesiones colectivas y drive información
7 Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-se presentan los informes de acuerdo a los atributos de calidad y se asiste a reuniones y asistencias técnicas convocadas	-lista de asistencia y drive de información

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	\$ 5358000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	15	83431484	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2143200	\$ 342912	\$ 345300
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 267900	\$ 269700
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 52208	\$ 52700
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	<b>Total</b>	<b>\$ 622000</b>	<b>\$ 667700</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	476100091463	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					SANDRA MILENA SANCHEZ ALVARADO		2026-05-20 20:37:54	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ		2026-05-25 23:09:15	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-05-28 12:48:04	
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		2026-06-11 19:52:31	

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.



**HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ**  
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53004712	SANDRA MILENA SANCHEZ ALVARADO		CL 33 B SUR 4A 03	6017921978	shana.mile@hotmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83431484	15/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,143,200	\$710.900	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	267.900	0		0		0	9	1.800	0	269.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	343.000	0	0	0	0	9	2.300	0	345.300	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	52.300				52.300	9	400	52.700			523	52.700	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.900	9	300	43.200	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	9	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	9	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	267.900	269.700
PenSIón	1	343.000	345.300
Riesgos Laborales	1	52.300	52.700
CCF	1	42.900	43.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>706.100</b>	<b>710.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53004712	SANDRA MILENA SANCHEZ ALVARADO		CL 33 B SUR 4A 03	6017921978	shana.mile@hotmail.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
		83431484	15/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,143,200	\$710.900	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subtipo	Extranjero	Calom. exarador	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UP	UPP	UPV	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 53004712	SANCHEZ ALVARADO SANDRA MILENA		59	0			N																	25-14	2.143.200	30	343.000	0	0	0	0	EPS008	2.143.200	30	267.900	14-11	2.143.200	30	3	52.300	CCF24	2.143.200	30	42.900	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

< Evalua

#### 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
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> DOC CTO-7232-2025.zip	DOC CTO-7232-2025.zip	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTO 7232-2025.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTO 7232-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO 7232-2025.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO 7232-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 7232-2025.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 7232-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ENERO - CTO7232-2025.pdf..pdf	CUENTA DE COBRO ENERO - CTO7232-2025.pdf..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO 7232-2025.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO 7232-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA.zip	HOJA DE VIDA.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO CTO 7232-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO CTO 7232-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> AD 2 PS 7232 2025.pdf	AD 2 PS 7232 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 7232-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 7232-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

